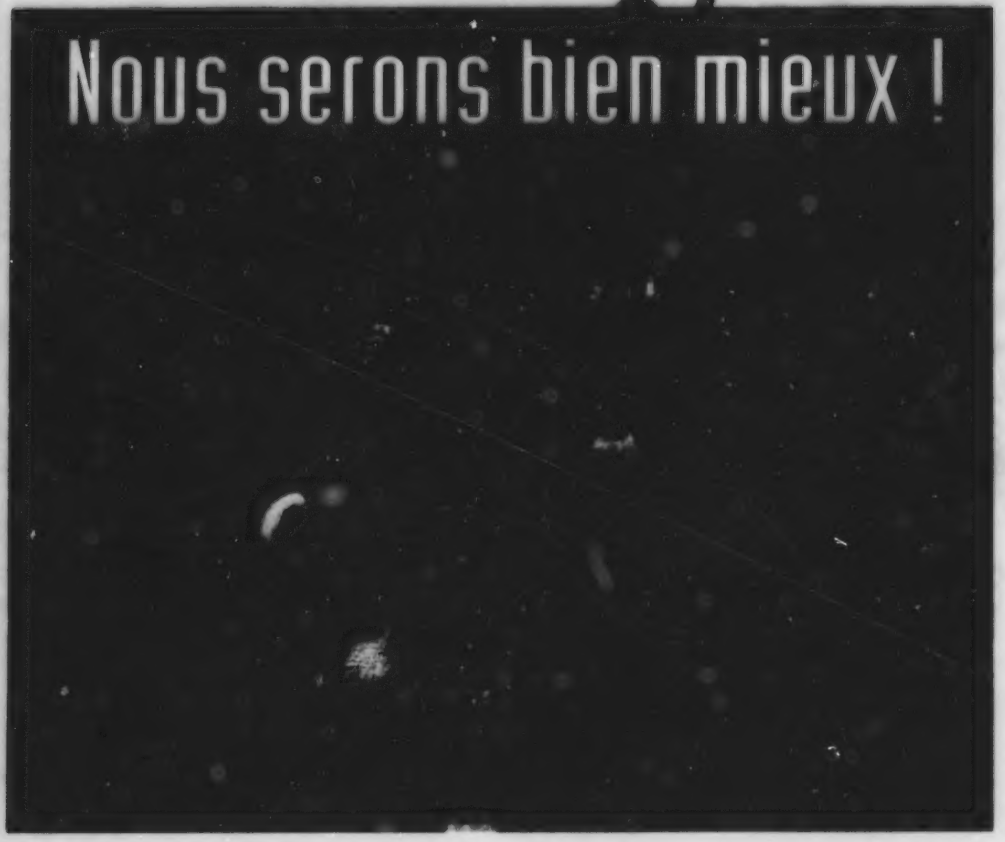
6·12·17



Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire

Sous la direction de Marthe Hamel,
Luc Blanchet et Catherine Martin

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

Les amuseurs publics au Carré Saint-Louis

Miyuki Tanobe

Douée d'une acuité visuelle exceptionnelle, d'un pouvoir d'analyse critique hautement développé, d'un don d'observation exemplaire, d'une force de caractère digne d'un Samouraï et d'un esprit d'indépendance à toute épreuve, Miyuki Tanobe s'avère une observatrice surdouée de la sociologie urbaine et rurale de la Belle Province. L'œuvre de Miyuki Tanobe, c'est le rendez-vous du Québec, voire du Canada tout entier, au spectacle populaire animé de gentille ironie ou mieux d'un humour visuel délié et taquin, qui nous oblige à réfléchir sur notre monde flottant qui passe et ne revient pas.

Née à Morioka au Japon, Miyuki Tanobe a perfectionné son art en France, en Grèce et en Afrique, avant d'établir son atelier à Saint-Antoine-sur-Richelieu au Québec, en 1971. Elle devient citoyenne canadienne en 1976. Dès l'âge de 11 ans, elle étudie avec Itaru Tanabe, maître de la peinture à l'huile au Japon. Elle étudie ensuite la technique de la peinture japonaise du maître Kabei Kabayachi. Son style et sa technique sont enseignés dans les universités et écoles au Canada, ainsi qu'en Nouvelle-Angleterre.

Plusieurs expositions jalonnent sa carrière. Elle a aussi collaboré à plusieurs films qui ont fait connaître son œuvre. Des ouvrages, plusieurs affiches, des sérigraphies et aquatintes, des films et conférences complètent l'ensemble des réalisations de l'artiste.

102-02001/

6·12·17

Nous serons bien mieux !

Données de catalogage avant publication (Canada)

Vedette principale au titre :

6-12-17, nous serons bien mieux ! : les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 2-551-19383-4

1. Enfants – Santé et hygiène – Québec (Province). 2. Adolescents – Santé et hygiène – Québec (Province). 3. Interaction sociale chez l'enfant – Québec (Province). 4. Interaction sociale chez l'adolescent – Québec (Province). 5. Enfants – Santé mentale – Québec (Province). 6. Adolescents – Santé mentale – Québec (Province). I. Hamel, Marthe, 1951– . II. Blanchet, Luc. III. Martin Catherine. IV. Titre : Six–douze–dix-sept, nous serons bien mieux !

RJ103.C3559 2001 613 0432 09714 C2001-941564-8

6·12·17

Nous serons bien mieux !

Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire

Sous la direction de Marthe Hamel,
Luc Blanchet et Catherine Martin

LES PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Québec

L'élaboration du contenu de cette publication a été coordonnée par
le ministère de la Santé et des Services sociaux
du Québec

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1550 D, rue Jean-Talon Nord
Sainte-Foy (Québec) G1N 2E5

Chef de projets en édition
Lise Beaulieu, Les Publications du Québec

Couverture
Brigitte Carrier, Les Publications du Québec

Grille typographique
Charles Lessard

Révision linguistique
Yvette Gagnon

Dépôt légal – 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-19383-4

© Gouvernement du Québec, 2001

Tous droits réservés pour tous pays.
La reproduction, par quelque procédé que ce soit, et la traduction, même partielles, sont interdites sans l'autorisation des Publications du Québec.

PRÉFACE

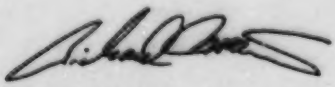
Le présent volume est l'aboutissement d'une démarche menée par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il livre l'état des connaissances les plus récentes sur plusieurs facteurs qui influencent la santé et le bien-être, et ce, dans le but de favoriser la coordination des interventions préventives et promotionnelles destinées aux enfants et aux adolescents de 0 à 17 ans. Cette démarche a été amorcée à la fin de l'année 1996 par la sous-ministre adjointe de la santé publique d'alors, madame Christine Colin, dont la préoccupation était d'assurer une plus grande convergence des interventions réalisées au profit des enfants et des adolescents, particulièrement en milieu scolaire.

Dans un souci de complémentarité avec d'autres démarches de planification ministérielle et de programmation régionale, et compte tenu du manque de connaissances pointues sur les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire, un groupe de travail s'est vu confier le mandat de mettre à jour des connaissances sur les déterminants de la santé et du bien-être des jeunes d'âge scolaire ainsi que sur les interventions efficaces ou prometteuses permettant d'influencer ces déterminants. Une attention particulière devait être accordée aux déterminants communs agissant tant sur la santé physique et mentale que sur l'adaptation et l'intégration sociale des enfants et des adolescents ainsi qu'aux stratégies d'intervention efficaces, concertées et coordonnées en matière de promotion et de prévention.

Après quelques modifications de parcours, la coordination du groupe de travail sur les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire a été confiée à Marthe Hamel, agente de recherche et de planification socioéconomique à la Direction générale de la santé publique. Les autres membres du groupe de travail sont : Luc Blanchet, pédopsychiatre, médecin-conseil à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et au ministère de la Santé et des Services sociaux, chef du Service enfance-famille du Département de psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon et président du Comité de la santé mentale du Québec, et Catherine Martin, conseillère en planification à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et responsable de la liaison avec le milieu scolaire. Ce groupe de

travail a supervisé les travaux préliminaires de recherche documentaire; il a sélectionné les déterminants, puis travaillé de concert avec les auteurs des différents chapitres. Tout en participant directement à la rédaction de certains chapitres, il a joué, en somme, un rôle de comité éditorial pour l'harmonisation de l'ensemble de l'ouvrage.

Nous avons le plaisir de souligner aujourd'hui l'assiduité de ce groupe de travail, qui a mené à la présente publication. Le défi était énorme. Il s'agit d'une véritable synthèse des connaissances récentes sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire ainsi que d'une revue des interventions pertinentes dans ce domaine. Nous souhaitons vivement que ce travail soit utile aux directions de la santé publique, aux centres locaux de services communautaires (CLSC), aux organismes communautaires et au milieu scolaire pour la planification et la définition de leurs interventions prioritaires. Nous espérons également qu'il servira à la formation des personnes qui interviennent auprès des jeunes et qu'il permettra de définir des pistes pour la recherche et l'évaluation.



Richard Massé, sous-ministre adjoint

Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux XIX
Liste des figures XXI
Remerciements XXIII
Introduction 1

CHAPITRE 1
La relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents 9

1. Définitions 10
1.1 La relation parents-enfants 10
1.1.1 La relation initiale d'attachement 10
1.1.2 Autres aspects de la relation parents-enfants 12
1.2 Les pratiques éducatives : la discipline et la supervision 12
1.3 Un concept global : le style parental 13

2. L'influence des parents en ce qui concerne le développement et l'adaptation sociale de leur enfant ou de leur adolescent 15
2.1 L'influence de la relation parents-enfants 15
2.2 L'influence des pratiques éducatives : la discipline et la supervision 19
2.3 L'influence du style parental 21
2.4 L'influence des parents : un modèle global 23

3. Des facteurs qui influent sur la façon dont les parents exercent leur rôle 25
3.1 Les croyances et les valeurs des parents 25
3.2 La pauvreté et d'autres facteurs environnementaux 26
3.3 Les facteurs biologiques et génétiques 27

4. Les interventions pour soutenir les parents 28
4.1 La réglementation et les politiques publiques 30
4.2 Les campagnes d'information de masse et les bulletins d'information à l'intention des parents 31
4.3 Les groupes d'éducation et de formation parentales 33
4.4 Les programmes de soutien des parents axés sur le rendement scolaire 39
Conclusion 41
Références 43

CHAPITRE 2
La compétence sociale 51

1. Définitions et approches de la compétence sociale 52
1.1 Définitions globales de la compétence sociale 52
1.2 Les différents aspects de la compétence sociale 53
1.2.1 La compétence sociale comme un ensemble d'habiletés sociales 54
1.2.2 La compétence sociale en fonction du statut sociométrique ou de la popularité auprès des pairs 54
1.2.3 La compétence sociale et la qualité des relations sociales 56
1.2.4 La compétence sociale et le fonctionnement social 57

2. L'influence de la compétence sociale sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents 60
2.1 La compétence sociale et la santé mentale 61
2.2 La compétence sociale et l'adaptation scolaire 62

3. La compétence sociale et d'autres déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents 64
3.1 La relation parents-enfants 65
3.1.1 La compétence sociale et l'attachement parents-enfants 65
3.1.2 La compétence sociale et les comportements éducatifs des parents 66
3.2 La compétence sociale et le concept de soi 67
3.3 La compétence sociale et le soutien social 68
3.4 La compétence sociale et l'environnement scolaire 69

4. La promotion de la compétence sociale en milieu scolaire et la prévention dans le domaine 71

4.1 Les programmes d'intervention menés en classe 72

4.2 Les programmes d'intervention centrés sur l'environnement scolaire 77

4.3 Les programmes d'intervention multimodale 81

Conclusion 85

Références 89

CHAPITRE 3

Le soutien social 101

1. Définitions 101

2. L'action du soutien social sur la santé 104

2.1 Le soutien social et la santé physique 104

2.2 Le soutien social et la santé mentale 105

2.3 Le soutien social, le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents 105

3. Le mode d'action du soutien social sur la santé et le bien-être 106

3.1 Les modèles théoriques 107

3.1.1 La théorie de l'attachement 107

3.1.2 Les théories de l'effet global et de l'effet tampon 107

3.2 Autres aspects du soutien social 109

3.3 Le soutien social des enfants et des adolescents 110

3.3.1 Les sources et les fonctions du soutien social 110

3.3.2 Le contexte écologique de l'évolution du système de soutien social 112

3.3.3 Les effets du soutien social 112

4. Les interactions entre le soutien social et d'autres facteurs relatifs aux enfants, aux adolescents ou à leurs parents 113

4.1 Le soutien social et l'attachement parents-enfants 113

4.2 Le soutien social et la compétence sociale 114

4.3 Le soutien social et l'estime de soi 114

5. Les interventions pour augmenter le soutien social des enfants et des adolescents 115

5.1 Les types d'intervention et leur efficacité 116

5.1.1 Les pratiques de réseaux 116

5.1.2 Les groupes de soutien 117

5.1.3 L'aide par les pairs 119
5.1.4 Le soutien individuel 120
5.1.5 Les groupes organisés d'activités communautaires, sportives et culturelles 122
5.1.6 La modification de l'environnement social 123
5.2 Les interventions à privilégier 125
Conclusion 126
Références 127

CHAPITRE 4
Le concept de soi ou l'estime de soi 133

1. **Définitions** 133

2. **Le concept de soi et différents aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents** 137
2.1 Le concept de soi et la santé physique 138
2.2 Le concept de soi et la santé mentale 139
2.3 Le concept de soi et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents 139

3. **De quelle façon le concept de soi influence-t-il la santé et le bien-être des enfants et des adolescents?** 141
3.1 Le concept de soi et la santé physique 142
3.2 Le concept de soi et la dépression 142
3.3 Le concept de soi, la motivation et le rendement scolaire 143
3.4 Le développement du concept de soi chez les enfants et les adolescents 146

4. **Les interactions avec d'autres déterminants de la santé et du bien-être** 148
4.1 Le concept de soi, l'attachement et le style éducatif des parents 148
4.2 Le concept de soi et le soutien social 150
4.3 Le concept de soi et le sentiment d'avoir de l'emprise sur sa vie 151
4.4 Le concept de soi et l'apport de l'hérédité 151

5. **Les interventions pour développer et soutenir le concept de soi** 152
5.1 Le concept de soi doit-il constituer une cible des interventions à réaliser pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents? 152

5.2 Qu'est-ce que l'évaluation des programmes nous apprend sur l'efficacité des interventions destinées à améliorer le concept de soi? ... 154

5.3 Que nous apprennent les modèles théoriques sur l'amélioration du concept de soi? ... 159

Conclusion ... 162

Références ... 163

CHAPITRE 5
L'alimentation ... 169

1. Alimentation ou nutrition: un déterminant de la santé et du bien-être des personnes ... 170

1.1 Un vrai garde du corps ... 170

1.2 Des recommandations convergentes ... 171

1.3 Pourtant, il y a encore confusion ... 172

2. La nutrition, un droit énoncé dans les chartes et conventions internationales ... 173

3. Les effets de l'alimentation sur la santé, la croissance et le développement intellectuel des jeunes ... 174

3.1 L'influence de l'alimentation sur la santé, le bien-être et la croissance des enfants et des adolescents ... 174

3.2 L'influence de l'alimentation sur le développement intellectuel et cognitif des jeunes ... 176

4. Les facteurs qui influencent les choix alimentaires et l'état nutritionnel des jeunes ... 178

4.1 Les préférences alimentaires ... 178

4.2 Le respect de l'autorégulation des enfants ... 178

4.3 Les attitudes, les connaissances et les perceptions ... 179

4.4 L'influence des pairs ... 179

4.5 La publicité et les médias ... 180

4.6 Le savoir-faire et les habiletés ... 180

4.7 Le revenu de la famille ... 181

4.8 L'environnement scolaire ... 182

5. Que savons-nous des habitudes alimentaires actuelles des jeunes Québécois? ... 182

5.1 Les habitudes alimentaires ... 182

5.2 L'obésité 184
5.3 La carie dentaire 184

6. L'approche de la nutrition en milieu scolaire 185
6.1 Les interventions et programmes mis en œuvre au Québec 185
6.1.1 Avant les années 1990 186
6.1.2 Depuis les années 1990 188
6.2 Les interventions et programmes évalués 191
6.2.1 Au Québec et au Canada 191
6.2.2 Aux États-Unis 192
6.3 Orientations à privilégier 199
6.3.1 Pourquoi un programme d'éducation en nutrition à l'école ? 199
6.3.2 Un programme global de nutrition mis en œuvre à l'école 200
6.3.3 Les conditions de succès d'un programme de nutrition pour les jeunes 203
Conclusion 204
Références 205

CHAPITRE 6
L'activité physique 211

1. Définitions 212

2. Les aspects de la santé et du bien-être des jeunes sur lesquels agit l'activité physique 213
2.1 La croissance, la maturation ainsi que le développement de la masse et de la densité osseuses 214
2.2 L'obésité 215
2.3 Les dyslipidémies 218
2.4 L'hypertension 219
2.5 La santé cardiovasculaire 220
2.6 La condition physique 221
2.7 La santé mentale 221
2.8 L'adaptation sociale 222

3. Les interactions entre l'activité physique et les autres déterminants de la santé des jeunes 225
3.1 Le soutien social et l'exemple donné par les parents 225
3.2 Les autres habitudes de vie saines 227

4. L'activité physique des enfants et des adolescents du Québec 227
4.1 La diminution des taux de pratique à l'adolescence 227
4.2 La diminution de l'activité physique au cours des dernières années 229
4.3 La prépondérance de la sédentarité parmi les jeunes 231
4.4 L'activité physique pendant les cours d'éducation physique 232
4.5 La condition physique 232

5. Les interventions susceptibles d'augmenter l'activité physique des jeunes : facteurs à considérer 234
5.1 Les motifs des efforts pour la promotion de l'activité physique auprès des jeunes 234
5.2 Les raisons de la non-participation à des activités physiques 235
5.3 Les facteurs qui déterminent l'activité physique des jeunes 235
5.3.1 Les facteurs personnels 235
5.3.2 Les attitudes par rapport à l'activité physique 236
5.3.3 Les préférences personnelles 236
5.3.4 L'accessibilité aux services 237
5.3.5 Les facteurs sociaux 237
5.4 Les résultats des efforts pour la promotion de l'activité physique auprès des jeunes 238

6. Recommandations 238
Références 241

CHAPITRE 7
L'environnement scolaire 251

1. L'environnement socioéducatif : le climat scolaire et les pratiques éducatives des enseignants 252
1.1 Le climat scolaire 252
1.1.1 Définitions 252
1.1.2 Les composantes et l'influence du climat scolaire 252
1.2 Les pratiques éducatives des enseignants 253
1.2.1 Définition 253
1.2.2 Les pratiques éducatives des enseignants ainsi que l'engagement et la réussite des élèves 254

2. La participation parentale et l'ouverture de l'école à la communauté 256

2.1 Définition 256

2.1.1 La participation parentale 256

2.1.2 L'ouverture de l'école à la communauté 257

2.2 Sur quoi agissent la participation parentale et l'ouverture de l'école à la communauté ? 258

2.2.1 Les effets de la participation parentale sur les enfants, les adolescents, les parents, les éducateurs et l'école 258

2.2.2 Les effets de l'ouverture de l'école à la communauté sur les enfants, les adolescents et la communauté 260

3. Le modèle global de l'influence entre l'école, la famille et la communauté 262

3.1 Le modèle de l'influence partagée 262

3.2 Présentation de trois modes d'influence 262

3.2.1 Le modelage 263

3.2.2 Le renforcement 263

3.2.3 L'enseignement 264

4. Les facteurs qui influencent la participation des parents 264

4.1 Les caractéristiques des parents et des familles 264

4.2 Les caractéristiques des enfants et des adolescents 265

4.3 Les caractéristiques et les pratiques des éducateurs et de l'école 266

4.4 Les caractéristiques de la communauté 267

4.5 Les caractéristiques de l'école 267

5. Comment améliorer l'environnement scolaire et la collaboration entre l'école, la famille et la communauté ? 268

5.1 Les interventions en vue d'améliorer le climat scolaire et les pratiques éducatives 268

5.2 Les interventions en vue de favoriser la collaboration entre l'école, la famille et la communauté 269

5.2.1 Le projet *Comer* 269

5.2.2 Le projet *Schools Reaching Out* 270

5.2.3 Une typologie des activités de collaboration entre l'école, la famille et la communauté 271
5.2.4 Les éléments essentiels à la réussite d'un programme de collaboration entre l'école, la famille et la communauté 271
5.2.5 La collaboration entre les intervenants, les éducateurs, les chercheurs et les décideurs politiques 275
Références 276

Conclusion 287

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1
Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents 5

TABLEAU 2
Programmes d'éducation et de formation parentales 36

TABLEAU 3
Études sur l'efficacité des programmes axés sur l'amélioration du concept de soi 156

TABLEAU 4
Problèmes de santé que l'activité physique peut prévenir 214

TABLEAU 5
Synthèse des effets de l'activité physique sur divers aspects de la santé physique, mentale et sociale des jeunes, selon les études recensées 224

TABLEAU 6
Études dans lesquelles on a tenté de mettre en évidence un lien entre l'activité physique des enfants et celle de leurs parents 226

TABLEAU 7
Activité physique des jeunes enfants, des enfants et des adolescents 229

TABLEAU 8
Éléments de la vie moderne susceptibles d'entraîner plus d'adolescents vers un mode de vie sédentaire 232

TABLEAU 9
Pourcentage de jeunes dont l'activité physique est faible ou très faible, au Québec et aux États-Unis 233

TABLEAU 10
Typologie d'Epstein, objectifs, exemples et effets 272

TABLEAU 11
Interventions efficaces ou prometteuses pour faire la promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents 295

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1
La correspondance entre le modèle à deux dimensions de Maccoby et Martin (1983) et la typologie de Baumrind (1991), figure adaptée de Parke et Buriel (1998) 14

FIGURE 2
Les variables du contexte éducatif, figure tirée de Darling et Steinberg (1993). . . 24

FIGURE 3
Les modèles de Harter (1993) et de Bolognini et Plancherel (1998) sur les liens entre le concept de soi et les états dépressifs 144

FIGURE 4
Les sources de la motivation comme variables intermédiaires entre les habiletés et le rendement scolaire 145

FIGURE 5
Conséquences négatives potentielles, immédiates et à long terme, de l'obésité chez les jeunes 216

FIGURE 6
Pourcentage de la population québécoise âgée de 15 à 19 ans aux prises avec un excès de poids en 1987, 1993 et 1998 217

FIGURE 7
Liens possibles entre les déterminants de la santé des jeunes, l'activité physique et les autres habitudes de vie 225

FIGURE 8
Fréquence de la pratique d'activités physiques selon la catégorie d'âge, au Québec 230

FIGURE 9
Fréquence de la pratique d'activités physiques selon la catégorie d'âge, aux États-Unis 231

FIGURE 10
Modèle de l'influence partagée en contexte scolaire 263

REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont en premier lieu à madame Christine Colin qui, comme sous-ministre adjointe de la santé publique en 1996, a mis en place les conditions nécessaires à la production du présent ouvrage. Nous sommes également reconnaissants à monsieur Richard Massé, actuel sous-ministre adjoint de la santé publique, d'avoir soutenu fermement les travaux en cours. Merci également à monsieur Léonard Gilbert, directeur du programme de santé publique, qui, par son appui constant, nous a permis d'entreprendre et de poursuivre nos travaux jusqu'à leur achèvement.

Nous tenons également à remercier madame Michelle Moreau et monsieur Bernard Laporte, de la Direction générale de la santé publique, qui ont coordonné la première phase des activités du groupe de travail responsable de la réalisation de cet ouvrage. Nous remercions également madame Geneviève Diorio, de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, qui a contribué aux premières étapes de cette entreprise. Un merci sincère à madame Sylvie Kirouac, agente de recherche à la Direction générale de la santé publique, dont la vigilance et la minutie ont enrichi le contenu et la présentation finale du présent ouvrage. Nous sommes aussi reconnaissants envers madame Yvette Gagnon pour la grande qualité de la révision linguistique.

Nos remerciements vont également aux agents de recherche qui, par leurs revues de littérature, ont permis d'alimenter plusieurs sections des chapitres du présent livre. Nous remercions de façon particulière madame Pauline Carignan, collaboratrice assidue à nos travaux, de même que madame Sylvie Laferrière et monsieur Michel Desjardins.

Le contenu de ce livre doit beaucoup aux experts qui, généreusement et gratuitement, l'ont enrichi de leurs judicieux commentaires. Nous remercions chaleureusement :

- madame Violaine Ayotte, agente de recherche à l'Unité écologie humaine et sociale de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre;
- monsieur Jean Bélanger, chef de service de l'équipe jeunesse de l'Unité écologie humaine et sociale de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre;

- madame Hélène Delisle, professeure agrégée au Département de nutrition de l'Université de Montréal;
- madame Lyse Ferland, adjointe à la directrice générale du développement et de la gestion opérationnelle, au ministère de la Sécurité du revenu;
- monsieur Claude Gagnon, directeur de l'École de psychoéducation, à l'Université de Montréal;
- madame Carole Lamirande, nutritionniste, Dt. P.;
- madame Marie-Claire Laurendeau, responsable de l'Unité écologie humaine et sociale de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre;
- madame Christiane Piché, adjointe au vice-recteur aux affaires académiques et étudiantes à l'Université Laval;
- monsieur Yvon Rodrigue, consultant;
- monsieur Jean-François Saucier, M.D., Ph. D, professeur titulaire au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine, à l'Université de Montréal;
- monsieur Michel Tousignant, professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et membre d'un groupe de recherche du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie;
- monsieur François Trudeau, directeur des études supérieures au Département des sciences de l'activité physique, à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

De nombreux professionnels et experts du ministère de la Santé et des Services sociaux ont contribué, à l'une ou l'autre des étapes des travaux du groupe, à préciser le sens de la démarche entreprise et à assurer son succès. Un merci à mesdames Madeleine Levasseur, Lynda Fortin et Christiane Morin pour leurs judicieux commentaires au moment de définir l'objet de travail.

Nous tenons également à exprimer une vive reconnaissance à monsieur François Allard, du Service des ressources documentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, à toute son équipe et, en particulier, à mesdames Louise Boulanger, Jacqueline Vallée et Annie Lachance pour leur rigueur et leur souci incessant du travail bien fait et accompli dans des délais souvent étonnants.

Merci enfin à monsieur Gervais Fortier, chef de service à la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'avoir facilité la production de cet ouvrage. Des remerciements sincères également à madame Danielle Gladu, agente d'information, pour son perfectionnisme et ses encouragements constants à la qualité.

Nos remerciements vont enfin à madame Hélène Piché, secrétaire à la Direction générale de la santé publique, pour ses relectures attentives et les travaux de traitement de texte accomplis avec patience et diligence.

INTRODUCTION

Le présent ouvrage constitue le résultat de la démarche menée par le groupe de travail sur les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire, mis sur pied par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il vise essentiellement à faire état des connaissances les plus récentes sur un certain nombre de ces déterminants et sur les interventions efficaces ou prometteuses permettant d'agir sur eux.

La perspective adoptée

Au terme du processus qui devait les amener à préciser leur mandat en l'adaptant aux caractéristiques actuelles du contexte des travaux en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans les réseaux partenaires, les membres du groupe de travail ont d'abord ciblé les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans. Ce choix s'appuie essentiellement sur la relative imprécision des bases devant servir à déterminer les interventions à mener auprès de cette population, comparativement aux fondements théoriques clairs et explicites sur lesquels s'appuyaient les interventions recommandées durant les périodes périnatale et préscolaire.

D'autres choix majeurs ont par la suite permis de définir le contenu des travaux et de tracer les contours du produit attendu. Il a ainsi été convenu au sein du groupe de travail :

- de considérer la santé et le bien-être des enfants et des adolescents dans leur globalité ;
- d'adopter une perspective de promotion de la santé ;
- de s'attarder aux déterminants microsystémiques qui influent sur plusieurs aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents ;
- de cerner les interventions efficaces et prometteuses et de mettre l'accent sur la coordination des interventions.

La santé et le bien-être des enfants et des adolescents dans leur globalité

On définit généralement la santé et le bien-être comme « [...] la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir sur son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie[1] ». Cette définition aborde les différents aspects de la vie des enfants et des adolescents auxquels nous nous sommes intéressés. Il faut toutefois donner des précisions sur l'importance que nous avons accordée au processus même de développement dans la définition de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents et sur la préoccupation particulière que nous avons manifestée à l'égard de leurs capacités psychiques et sociales.

Nous avons ainsi ajouté, aux notions de capacités auxquelles fait référence la définition de la santé et du bien-être, celle de développement de ces capacités chez les enfants et les adolescents. Nous considérons en effet que le développement harmonieux, c'est-à-dire l'acquisition graduelle d'habiletés dans les domaines intellectuel, moteur, langagier et socioaffectif, selon différentes étapes préétablies, fait partie de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. Bref, pour les enfants et les adolescents, la santé et le bien-être incluent non seulement les capacités physiques, psychiques et sociales, mais aussi le niveau et la qualité de la construction graduelle de ces capacités, c'est-à-dire l'état de leur développement. Nous nous sommes donc préoccupés de l'influence de certains facteurs sur le processus même de développement tout en portant un intérêt particulier aux phases de transition que doivent franchir les enfants et les adolescents.

Les aspects relatifs aux capacités psychiques et sociales des enfants et des adolescents ont été privilégiés par rapport aux aspects liés aux capacités physiques. Il faut interpréter ce choix non pas comme une tentative de dissocier la santé physique des aspects psychosociaux de la santé et du bien-être, mais plutôt comme le souci d'accorder une plus grande place aux dimensions prépondérantes des problèmes qu'ont les enfants et les adolescents, soit leurs dimensions psychosociales.

Des précisions s'imposent d'ailleurs relativement à la terminologie utilisée pour désigner les différentes composantes psychosociales de la santé et du bien-être dans les domaines de la psychologie et de l'éducation des enfants et des adolescents. Ainsi, les capacités psychiques sont souvent traitées sous le vocable de santé mentale, celle-ci étant définie comme l'état d'équilibre d'une personne à un moment donné, évalué notamment au niveau du bien-être subjectif, de l'exercice

1. Cette définition est tirée de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, Québec, L.R.Q., c. S-4.2.

des capacités mentales et de la qualité des relations avec le milieu[2]. Les capacités sociales, pour leur part, sont envisagées sous l'angle de l'adaptation sociale, c'est-à-dire de la façon dont l'enfant ou l'adolescent atteint les buts sociaux qui lui sont proposés. Ainsi, le fonctionnement harmonieux dans différents contextes, que ce soit à l'école, dans un groupe de pairs ou dans un milieu de travail, constitue l'essence même de l'adaptation sociale.

Une perspective de promotion de la santé

La conviction de l'importance de soutenir adéquatement le développement, la santé physique et mentale ainsi que l'adaptation sociale de l'ensemble des enfants et des adolescents de même que le constat de l'insuffisance et du manque de cohérence des interventions dédiées à cette fin nous ont résolument conduits à adopter une perspective de promotion de la santé. L'intervention promotionnelle consiste à mettre à la disposition des enfants et des adolescents un ensemble de conditions qui leur permettent de construire leur santé et leur bien-être ainsi que de maintenir un tel état. Elle se caractérise par le déploiement des moyens favorisant la mise en place des conditions favorables à la santé et au bien-être, et met l'accent sur la « résilience », c'est-à-dire sur les forces de l'individu, plutôt que sur la vulnérabilité. Le succès de l'intervention promotionnelle repose sur la connaissance des facteurs qui influent sur la santé et le bien-être, appelés aussi déterminants, et des interventions qui s'avèrent efficaces pour influencer ces déterminants dans le sens de la santé et du bien-être. Une vision d'ensemble des déterminants de la santé, de l'action qu'ils exercent et des interactions qu'ils entretiennent est également essentielle; les interventions n'auront un effet optimal que si elles sont harmonisées plutôt que conçues isolément et réalisées de façon parallèle.

Des déterminants microsystémiques qui influencent plusieurs aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents

L'examen de la documentation sur les nombreux déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire et la référence au modèle écologique permettent de classifier ces déterminants selon qu'ils sont liés à l'individu (aux enfants ou aux adolescents eux-mêmes), à l'environnement immédiat (famille, école, autres milieux de vie, environnement physique) ou à l'environnement global (politiques

2. Cette définition est empruntée de: L. Blanchet., et autres (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale: Préparer l'avenir*, Comité de la santé mentale du Québec, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 138 p.

publiques, économie, valeurs, services). Le tableau 1 donne un aperçu des déterminants et de leur classification.

À l'origine, le mandat de notre groupe de travail nous suggérait de nous en tenir à des déterminants sur lesquels le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les autres réseaux concernés par la question ont un pouvoir d'action, c'est-à-dire des déterminants du type microsystémique, relatifs aux individus et à leurs milieux de vie immédiats. De plus, il importait d'approfondir les déterminants qui interpellent les acteurs de ces réseaux dans leur pratique quotidienne.

Pourtant, était-il concevable, dans un ouvrage sur les déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents d'âge scolaire, de laisser de côté des déterminants macrosystémiques aussi importants, par exemple, que la pauvreté ou les inégalités sociales pour s'en tenir aux seuls déterminants microsystémiques de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire ?

La décision de ne pas traiter des déterminants macrosystémiques prend appui sur la marge de manœuvre relativement limitée des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux au regard de tels déterminants, notamment en ce qui concerne la réduction des inégalités sociales. Bien sûr, ces personnes contribuent au soutien des familles qui vivent dans la pauvreté, aident ces dernières à préserver leur santé et participent à des initiatives de développement économique communautaire. Toutefois, l'action relative aux politiques sociales et au développement économique de grande envergure se situe souvent au-delà de leurs mandats et de leur niveau de responsabilité. Nous croyons néanmoins que l'action gouvernementale intersectorielle privilégiant des politiques de redistribution de la richesse collective et des projets de mobilisation collective d'envergure provinciale et intersectorielle s'impose pour améliorer les conditions de vie des personnes et réduire le taux de pauvreté, celle-ci favorisant l'apparition de nombreux problèmes de santé et de bien-être tant chez les adultes que chez les jeunes d'âge scolaire.

Par ailleurs, nous croyons utile de considérer dans leur ensemble les principaux déterminants microsystémiques de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. En effet, une mise à jour des définitions et des composantes clés de ces déterminants ainsi qu'une analyse systématique et en profondeur de leurs interrelations et des stratégies efficaces semblent pertinentes à ce stade-ci de l'évolution des connaissances et des pratiques. Ces déterminants ont un effet majeur sur le développement de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. Ils font d'ailleurs l'objet d'une multitude de programmes, d'interventions ou de politiques dans divers réseaux. Ainsi, le réseau de la santé et des services sociaux, celui de l'éducation, le réseau communautaire, le réseau municipal et ceux des loisirs sont concernés par ces déterminants majeurs et agissent sur eux. Les processus de sectorisation des connaissances et les nombreux plans sectoriels qui en découlent et, le plus souvent, se superposent (jeunesse, santé mentale, toxicomanie, prévention

TABLEAU 1
Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents

L'individu	L'environnement immédiat	L'environnement global
BIOLOGIE ET GÉNÉTIQUE • Sexe, ethnie • Maladie, handicap **PSYCHOLOGIE** • Concept de soi* • Compétence sociale* • Autres compétences (motrices, intellectuelles) **HABITUDES DE VIE** • Activité physique* • Alimentation* • Sommeil • Consommation d'alcool ou de drogues • Tabagisme • Comportements sexuels	**FAMILLE** • Caractéristiques personnelles des parents • Caractéristiques socio-économiques de la famille (revenu suffisant et pauvreté, niveau de scolarité des parents) • Type et composition de la famille • Attitudes et valeurs des parents • Relation parents-enfants* • Pratiques éducatives des parents* **ÉCOLE** • Climat scolaire* • Pratiques pédagogiques* • Caractéristiques de la population scolaire • Ouverture de l'école à la communauté* **SOUTIEN SOCIAL*** • Soutien des parents, des enseignants, d'autres adultes, des pairs **AUTRES MILIEUX DE VIE** • Accessibilité à d'autres milieux de vie de qualité : voisinage, clubs sportifs, regroupements culturels, etc. **ENVIRONNEMENT PHYSIQUE** • Sécurité et salubrité du logement, des écoles • Absence de matières toxiques et de contaminants (air, eau) • Sécurité de l'environnement	**VALEURS SOCIALES ET CULTURELLES** • Tolérance à l'endroit de la violence • Place faite aux jeunes • Culture axée sur la compétition ou la coopération **ENVIRONNEMENT POLITIQUE ET CONDITIONS ÉCONOMIQUES** • Politiques sociales • Concertation intersectorielle • Niveau et sécurité du revenu • Emploi et chômage **ORGANISATION DES SERVICES ET DES PROGRAMMES** • Disponibilité et accessibilité • Coordination

* Les astérisques indiquent les déterminants qui ont été examinés de plus près dans le présent ouvrage.

Note : Le tableau 1 s'inspire de figures et de tableaux contenus dans les ouvrages suivants : Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). « La promotion de la santé mentale », *Santé et Société*, vol. 5, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, p. 11 et Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (1999). *Agir ensemble pour la santé et le bien-être des enfants et des adolescents*, Québec, Conseil des directeurs de la santé publique, p. 9.

du suicide, violence faite aux femmes, etc.) nous ont amenés à considérer la notion d'un tronc commun de déterminants agissant entre eux et influant sur plusieurs aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents d'âge scolaire.

Aussi avons-nous résolu de nous en tenir, dans le contexte du présent ouvrage, aux déterminants sur lesquels les acteurs de ces réseaux ont un véritable pouvoir d'action et qui se trouvent au cœur de leur pratique quotidienne.

Des interventions efficaces ou prometteuses coordonnées

Pour les membres du groupe de travail, l'examen des déterminants ne pouvait s'avérer utile concrètement que s'il incluait une analyse des connaissances relatives à l'efficacité des interventions promotionnelles destinées à les influencer dans le sens de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. Par conséquent, la désignation des interventions considérées comme efficaces à la suite d'évaluations rigoureusement menées ou encore des interventions jugées prometteuses en raison de la pertinence du modèle théorique sur lequel elles s'appuyaient devait constituer une dimension essentielle des connaissances à explorer.

Par ailleurs, la multiplicité des interventions menées auprès des enfants et des adolescents dans leurs milieux de vie ainsi que les lacunes souvent observées en ce qui concerne la cohérence et la continuité de ces interventions ont amené les membres du groupe de travail à s'interroger sur la façon de coordonner les interventions promotionnelles destinées à la population des enfants et des adolescents d'âge scolaire. Il leur importait donc non seulement de cerner les déterminants clés sur lesquels il fallait agir, mais également de tenter de désigner des interventions susceptibles d'influer sur plusieurs de ces déterminants tout en assurant la cohérence entre les interventions recommandées. De plus, l'école constituant un milieu de vie commun à la majorité des enfants et des adolescents, il a été convenu d'accorder une attention particulière aux interventions en milieu scolaire.

La démarche suivie

Les travaux effectués reposent principalement sur la recherche documentaire, la recension des écrits et l'analyse de contenu. Le matériel utilisé est constitué de rapports et de publications d'auteurs à prédominance nord-américaine, mais il inclut également la littérature internationale.

Dans un premier temps, un survol de la documentation sur les nombreux déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire a permis d'effectuer une sélection préliminaire des déterminants examinés dans le cadre de nos

travaux. Les critères utilisés concernaient principalement l'occurrence des écrits sur chacun des déterminants, la puissance relative de l'action de ces déterminants sur un ou plusieurs aspects de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire ainsi que la possibilité d'agir sur chacun des déterminants. Il s'agissait aussi d'éclairer l'intervention de santé publique en faisant état de l'existence d'interventions efficaces ou prometteuses.

Après plusieurs étapes de classification et de sélection progressives – nous sommes partis d'une première liste de 74 déterminants – notre groupe de travail a arrêté son choix sur les thèmes suivants :

- la relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents;
- la compétence sociale;
- le soutien social;
- le concept de soi (ou l'estime de soi);
- l'alimentation;
- l'activité physique;
- l'environnement scolaire.

Pour chacun des thèmes retenus, nous avons recruté des auteurs en fonction de leur champ de compétence. Nous leur avons soumis un plan commun de rédaction. Chacun des chapitres a par la suite été relu par au moins deux experts ainsi que par les membres de notre groupe de travail qui agissait à titre de comité de rédaction.

Le contenu de l'ouvrage

L'ouvrage comprend principalement sept chapitres, chacun traitant d'un des sept thèmes retenus. Dans chacun des chapitres, les auteurs portent une attention particulière à la définition du déterminant traité et fournissent des éclaircissements relatifs aux concepts auxquels ils font référence. Ils considèrent ensuite le champ d'action du déterminant – c'est-à-dire les aspects de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire sur lesquels il agit – et son mode d'action – c'est-à-dire la façon dont il influe sur la santé et le bien-être, soit isolément, soit en interaction avec d'autres déterminants. Enfin, les auteurs présentent les interventions efficaces ou prometteuses qui permettent d'agir sur le déterminant en question ainsi que le cadre théorique qui sous-tend ces interventions et les données d'évaluation relatives à leurs effets. L'ouvrage se termine par une conclusion qui fournit une brève synthèse sur les déterminants clés de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire et indique des pistes pour l'intégration des interventions promotionnelles mises en place pour cette population.

Le présent ouvrage est le fruit de la collaboration d'un grand nombre d'auteurs, de chercheurs et d'agents de recherche. Un effort soutenu de recherche documentaire et de rédaction a permis d'arriver à sa production. Cet ouvrage tire sa richesse de la rigueur et de la diversité de tous ces apports qui se conjuguent pour arriver à un tout qui, sans prétendre à la perfection, jette néanmoins un nouvel éclairage sur les aspects conceptuels, les champs et modes d'action de chacun des déterminants retenus et, surtout, sur les pistes d'intervention. Cet ouvrage s'inscrit dans un processus continu de mise à jour des connaissances. Aussi souhaitons-nous qu'il soit suivi sous peu de nouvelles contributions théoriques et pratiques susceptibles d'enrichir l'intervention de santé publique.

CHAPITRE 1

La relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents

Marthe Hamel

La famille constitue le milieu de vie le plus stable pour la majorité des enfants et des adolescents. Les parents, quant à eux, sont des personnes de référence privilégiées, et ce, à double titre: ils demeurent, d'une part, des personnes importantes sur le plan relationnel et, d'autre part, ils incarnent les figures d'autorité chargées d'assumer une fonction éducative tout au long de l'enfance et de l'adolescence. On peut s'attendre, par conséquent, à ce que différents aspects relationnels et comportementaux relatifs aux parents influent sur la santé et le bien-être de leurs enfants et de leurs adolescents. On examinera donc les dimensions suivantes: la relation parents-enfants, incluant la relation initiale d'attachement, l'exercice de la discipline et la supervision de l'enfant et de l'adolescent. On présentera d'abord la définition de ces différentes dimensions, l'influence de chacune sur certains aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents et les processus selon lesquels agissent ces dimensions. Par la suite, quelques facteurs susceptibles d'exercer un effet sur l'exercice du rôle parental seront examinés. Enfin, les interventions destinées à influencer positivement la relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents seront passées en revue.

1. Définitions

1.1 La relation parents-enfants

Le concept de relation parents-enfants fait avant tout référence aux échanges affectifs entre les parents et leurs enfants. Ces échanges débutent à la naissance de l'enfant et certains auteurs ont même montré que les futurs parents élaboraient déjà, durant la grossesse, des représentations de l'enfant à naître en ce qui concerne les caractéristiques du nourrisson et les caractéristiques de la relation anticipée avec lui (Saint-André, 1996). La relation parents-enfants peut être examinée sous différents angles; dans le présent texte, on insistera sur la définition de la relation initiale d'attachement et on traitera d'autres aspects de la relation affective entre les parents et leurs enfants ou leurs adolescents.

1.1.1 La relation initiale d'attachement

C'est à Bowlby (1978) qu'on doit la théorie de l'attachement, qui permet de décrire l'établissement de la relation initiale de l'enfant à la mère ou aux personnes importantes, ainsi que la construction de modèles internes de représentation des relations à partir des expériences d'intimité que vit l'enfant au cours de la première année de sa vie (Brennan, 1993). Cette théorie a d'abord été élaborée pour expliquer la détresse de l'enfant à la suite d'une séparation de sa mère et pour interpréter les comportements qu'adoptait alors l'enfant. Les pleurs et les cris de l'enfant dans de telles situations sont qualifiés par Bowlby (1978) de comportements d'attachement par lesquels l'enfant, qui se sent mal à l'aise ou en danger, tente d'établir un contact avec sa mère, appelée figure d'attachement (Bartholomew, 1993). Les comportements d'attachement ont pour but non seulement d'alerter la mère afin qu'elle satisfasse les besoins primaires de l'enfant, mais également d'assurer à l'enfant la proximité de la mère pour qu'il se sente en sécurité. L'enfant développe ainsi un sentiment d'attachement envers sa mère, son père ou toute personne qui répond de façon stable, répétée et adéquate à ses demandes.

Ainsworth et ses collaborateurs (1978) ont pour leur part reconnu trois modèles d'attachement qui pouvaient se développer durant l'enfance : l'attachement sécurisant et deux types d'attachement marqué par l'insécurité, à savoir l'attachement anxieux d'évitement et l'attachement anxieux ambivalent. Ces modèles ont été observés dans le cadre d'une expérimentation, appelée « situation étrangère », où l'enfant, après avoir été privé pendant un court laps de temps de la présence de sa mère, est par la suite réuni à cette dernière. La difficulté d'attribuer les comportements de réunification à la mère à l'une ou l'autre des catégories définies par Ainsworth et ses collaborateurs (1978) a mené ultérieurement à la définition d'un autre type d'attachement anxieux, l'attachement désorganisé (Jacobvitz et Hazen, 1999).

La distinction entre les différents types d'attachement[1] est établie par rapport aux caractéristiques suivantes (Parent et Saucier, 1999; Constantino, 1995; Ainsworth et autres, 1978):

- le modèle d'attachement sécurisant caractérise les enfants qui perçoivent la figure d'attachement comme une source constante et adéquate de protection et de sécurité. Ces enfants cherchent activement les contacts avec leur mère au moment de la réunification, et ils sont vite rassurés et apaisés par elle;
- le modèle d'attachement ambivalent se rapporte aux enfants qui perçoivent la figure d'attachement comme une source inconsistante et inadéquate de protection et de sécurité. Ces enfants oscillent entre la recherche de contact et la colère lorsqu'ils se retrouvent avec leur mère et ils ne sont pas facilement réconfortés par sa présence;
- le modèle d'attachement d'évitement se développe chez les enfants qui perçoivent la froideur et le rejet de la figure d'attachement. Ces enfants évitent le contact avec la mère au moment de la réunification et peuvent manifester, de façon imprévisible et épisodique, des comportements agressifs envers leur mère;
- le modèle d'attachement désorganisé se reconnaît aux comportements désorganisés manifestés par les enfants au moment de la réunification. Les mères agissent de façon menaçante et imprévisible avec leur enfant. Les enfants, de leur côté, entremêlent les gestes d'approche, de retenue et d'évitement tout en manifestant une certaine appréhension et de la tristesse. Les enfants présentant ce type d'attachement sont surreprésentés parmi les enfants maltraités.

La sensibilité de la mère aux besoins de l'enfant et sa disponibilité à y répondre de façon appropriée constitueraient les deux caractéristiques essentielles à l'établissement d'un attachement sécurisant chez l'enfant. Les enfants qui ne ressentent pas cette sensibilité ni cette disponibilité développent un modèle d'attachement anxieux: ils n'arrivent pas à recourir aux figures d'attachement avec succès, en ce sens qu'ils ne parviennent pas, en situation de détresse, à se rassurer, à combler leur besoin de sécurité.

Selon la théorie de l'attachement, l'enfant construit graduellement des représentations intériorisées des expériences relationnelles avec sa mère ou des personnes importantes, représentations qui correspondent aux différents modèles décrits et qui persisteront toute la vie durant. Ces représentations constituent ainsi les références internes à partir desquelles l'enfant, l'adolescent et, plus tard, l'adulte

1. Dans le présent texte, *secure attachment* et *insecure attachment* ont été traduits par attachement sécurisant et attachement anxieux; *resistant attachment* a été traduit par attachement ambivalent, *avoidant attachment* a été traduit par attachement d'évitement et *disorganized attachment*, par attachement désorganisé.

interpréteront les relations qu'ils entretiendront avec les autres. La première année de la vie constituerait la période cruciale durant laquelle se forment les modèles d'attachement qui, tout en étant d'une relative stabilité, seraient susceptibles de se modifier en fonction des expériences que l'enfant continuera d'accumuler, en particulier dans sa famille.

1.1.2 Autres aspects de la relation parents-enfants

La théorie de l'attachement, largement acceptée à l'heure actuelle, permet donc de saisir la façon dont s'établissent les premières relations parents-enfants et de mieux comprendre comment ces premières relations constituent, jusqu'à un certain point, la base des relations ultérieures. Il faut toutefois souligner que cette théorie qualifie indirectement la relation qui se tisse entre les parents et les enfants, l'attachement constituant en quelque sorte le résultat chez les enfants de la qualité de cette relation. Par ailleurs, bien que la majorité des études aient porté sur la relation d'attachement entre l'enfant et sa mère, l'enfant développe également un attachement à l'endroit de son père. Or, on sait peu, à l'heure actuelle, de l'influence sur l'enfant de la relation d'attachement au père. De façon générale, on a surtout traité de la relation parents-enfants sous l'angle de la relation mère-enfant, la relation dyadique père-enfant n'ayant reçu que peu d'attention. De nouvelles perspectives semblent toutefois s'ouvrir en ce qui concerne l'étude de la dynamique familiale; les travaux de Fivaz-Depeursinge et Corboz-Warnery (1999) sur l'observation des interactions de la triade père-mère-enfant proposent une nouvelle façon de saisir les relations entre l'enfant et ses deux parents, en mettant l'accent sur l'influence réciproque des interactions entre chacun des protagonistes.

Par ailleurs, les seules caractéristiques de la relation initiale d'attachement ne rendent pas compte de toutes les dimensions de la relation parents-enfants ultérieure. Cette relation évolue durant l'enfance et l'adolescence; certains auteurs ont souligné que, malgré une certaine stabilité, l'attachement pouvait se modifier au cours de l'enfance et de l'adolescence, notamment en raison d'une discontinuité qui surviendrait dans les soins prodigués à l'enfant ou en fonction des événements (Waters et autres, 1993). Par conséquent, tant la relation initiale d'attachement que les caractéristiques de la relation parents-enfants ultérieure doivent être prises en considération comme facteurs susceptibles d'exercer une influence sur l'enfant et l'adolescent (Greenberg, Speltz et DeKlyen, 1993).

1.2 Les pratiques éducatives : la discipline et la supervision

Les pratiques éducatives se rapportent, pour leur part, aux différents moyens qu'empruntent les parents pour éduquer ou socialiser leur enfant. Les principales pratiques éducatives ont trait à l'exercice de la discipline et à la supervision de l'enfant ou de l'adolescent (Greenberg, Speltz et DeKlyen, 1993).

La discipline se définit comme l'ensemble des moyens auxquels recourent les parents pour contrôler le comportement de l'enfant. La consistance de la discipline exercée, c'est-à-dire la cohérence et la stabilité des moyens disciplinaires utilisés dans diverses situations et par les deux parents, la sévérité des méthodes disciplinaires pouvant aller jusqu'à la punition physique ainsi que la souplesse ou la rigidité des moyens auxquels recourent les parents, sont autant de dimensions qui permettent de caractériser le type de discipline exercée par les parents (Chamberlain et Patterson, 1995).

La supervision, pour sa part, se définit comme l'encadrement plus ou moins soutenu dont les parents entourent leur enfant ou leur adolescent. La supervision peut se traduire par la présence et la participation des parents aux activités de leur enfant ou par un suivi à distance de ses activités, notamment en ce qui concerne la connaissance de son emploi du temps, des pairs qu'il côtoie et des lieux qu'il fréquente. On qualifie la supervision de bonne ou de faible selon que l'encadrement des activités par les parents est adéquat ou insuffisant (Chamberlain et Patterson, 1995).

1.3 Un concept global : le style parental

Certains auteurs ont recours à un concept plus englobant pour qualifier l'ensemble des attitudes et comportements que les parents adoptent avec leur enfant. Il en va ainsi de Maccoby et Martin (1983) qui analysent le comportement des parents selon deux dimensions : la sensibilité aux besoins de l'enfant et les exigences imposées à l'enfant. Selon Baumrind (1991), des combinaisons différentes de ces deux dimensions donnent lieu à ce que l'auteure désigne sous les termes de style parental. Le style parental est un concept global qui intègre des dimensions relatives à la relation parents-enfants ainsi que des dimensions qui ont trait aux pratiques parentales, c'est-à-dire à l'exercice de la discipline et à la supervision.

Selon elle, on peut distinguer quatre catégories qui permettent de décrire comment les parents répondent aux besoins de leur enfant tout en l'encadrant. Ces styles sont les suivants[2] :

- le style démocratique : les parents démocratiques imposent des limites claires et raisonnables à leur enfant tout en lui laissant une certaine liberté. Ils savent encadrer adéquatement leur enfant, sans toutefois se montrer intrusifs ou inutilement restrictifs, et ils ne cèdent pas aux tentatives de coercition que tente de leur imposer leur enfant. Ces parents sont généralement chaleureux et sensibles aux besoins de leur enfant. Ils exercent une discipline ferme qui vise à soutenir l'enfant plutôt qu'à le punir ;

2. Le terme *authoritative* est traduit par démocratique, *authoritarian*, par autoritaire et *permissive*, par permissif.

- le style permissif : les parents permissifs sont peu directifs et exercent une discipline laxiste et inconsistante. Ils encouragent la libre expression chez leur enfant et évitent la confrontation avec lui. Ils se montrent généralement affectueux avec leur enfant, mais leur encadrement se résume souvent au laisser-faire ;
- le style autoritaire : les parents autoritaires sont très directifs et mettent l'accent sur l'obéissance de la part de leur enfant et sur l'observance des règles qu'ils établissent. Ils ont par ailleurs recours au pouvoir pour imposer ces règles plutôt qu'aux explications et à la persuasion. Ces parents sont souvent peu sensibles aux besoins de leur enfant et ils accordent une grande importance au contrôle qu'ils exercent sur son comportement ;
- le rejet et la négligence : le rejet et la négligence sont le lot des parents désengagés à l'égard de leur enfant. Ces parents manifestent peu d'affection à l'enfant ou sont hostiles envers lui. Ils offrent peu d'encadrement et peu de soutien à leur enfant, allant jusqu'à négliger leurs responsabilités parentales ou à carrément rejeter leur enfant.

La figure 1, adaptée d'une illustration de Parke et Buriel (1998), montre la correspondance entre le modèle proposé par Maccoby et Martin (1983) et celui de Baumrind (1991).

	Degré élevé d'exigence	Degré faible d'exigence
Degré élevé de sensibilité	Style démocratique	Style permissif
Degré faible de sensibilité	Style autoritaire	Rejet ou négligence

FIGURE 1
La correspondance entre le modèle à deux dimensions de Maccoby et Martin (1983) et la typologie de Baumrind (1991), figure adaptée de Parke et Buriel (1998)

Alors que la typologie des styles éducatifs de Baumrind inclut l'ensemble des dimensions relatives à la relation parents-enfants et aux pratiques éducatives, d'autres auteurs (Holmbeck, Paikoff et Brooks-Gunn, 1995 ; Darling et Steinberg, 1993) considèrent le style parental comme un contexte global qui entoure les pratiques parentales. Pour ces auteurs, le style parental correspond aux attitudes que les parents adoptent à l'égard de leur enfant et il constitue le climat émotionnel dans lequel les comportements éducatifs des parents se manifestent ; les pratiques

parentales constituent un concept distinct qui a trait aux différentes caractéristiques des interactions qui se déroulent entre les parents et leur enfant dans différents domaines de socialisation.

---

2. L'influence des parents en ce qui concerne le développement et l'adaptation sociale de leur enfant ou de leur adolescent

De nombreux auteurs ont montré l'influence des différents aspects du rôle des parents sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Alors que certains auteurs abordent les différents aspects relatifs aux parents de façon analytique, en mettant l'accent sur l'une ou l'autre dimension du rôle parental, d'autres appréhendent ce rôle de façon plus globale. Nous commencerons la présente section par une recension d'écrits portant sur l'influence de la relation parents-enfants, plus précisément de la relation d'attachement, et sur l'influence des pratiques parentales, soit l'exercice de la discipline et la supervision, sur certains aspects de l'adaptation sociale et de la santé mentale des enfants et des adolescents. Nous aborderons ensuite l'influence du style parental, un concept qui englobe des aspects de la relation parents-enfants et des pratiques éducatives, sur ces mêmes aspects de la santé et du bien-être. Nous décrirons enfin un modèle global de l'influence des différentes dimensions du rôle des parents sur l'adaptation sociale des jeunes.

2.1 L'influence de la relation parents-enfants

Les auteurs ayant examiné la contribution de la relation parents-enfants à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents se sont principalement attardés à la relation d'attachement. Le type d'attachement qui se développe à partir des relations précoces avec les parents aurait une influence considérable sur la compétence sociale des enfants et des adolescents. Selon Brennan (1993), l'attachement sécurisant constituerait le fondement des relations positives avec les autres – ce qui assurerait l'adaptation sociale des adolescents, c'est-à-dire tant le succès scolaire que l'intégration harmonieuse au marché du travail. De nombreux auteurs ont ainsi souligné les liens qui semblent exister entre un attachement anxieux et les difficultés avec les pairs, l'agressivité, les troubles du comportement, la délinquance ainsi que le retrait social (Rubin, Stewart et Chen, 1995; Greenberg, Speltz et DeKlyen, 1993; Waters et autres, 1993).

Par des études longitudinales, certains auteurs ont fait des liens entre le type d'attachement à différentes périodes du développement et la présence ultérieure de **troubles du comportement**. Ainsi, on observerait un lien entre, d'une

part, l'attachement anxieux établi entre 12 et 18 mois et, d'autre part, des troubles du comportement s'étant révélés avant l'entrée à l'école (Erickson, Sroufe et Egeland, 1985). L'attachement anxieux d'évitement serait associé à des comportements d'hostilité et de désobéissance, tandis que l'attachement anxieux ambivalent irait de pair avec la passivité et l'inattention. Un suivi des enfants inscrits dans le même projet, alors qu'ils avaient entre 6 et 8 ans, a permis de montrer que les enfants qui avaient eu un attachement d'évitement durant l'enfance étaient proportionnellement plus nombreux à faire partie du sous-groupe des enfants les plus agressifs (Renken et autres, 1989). Selon une étude menée par Lyons-Ruth, Alpern et Repacholi (1993), les enfants qui manifestaient un attachement désorganisé étaient également susceptibles de présenter des troubles du comportement. D'autres études vont dans le même sens (Booth, Rose-Krasnor et Rubin, 1991). Il faut toutefois souligner le manque de concordance des études en ce qui concerne les liens entre les types d'attachement anxieux et la nature des problèmes observés, particulièrement en ce qui concerne l'attachement d'évitement et l'attachement ambivalent (Moss et autres, 1998).

Certaines études n'ont cependant pas confirmé de lien entre la sécurité de l'attachement au milieu de l'enfance et des difficultés d'externalisation (Booth et autres, 1994); dans certains cas, une association entre l'attachement anxieux et l'agressivité ultérieure n'était établie que pour les garçons (Cohn, 1990), tandis que des études réalisées auprès d'enfants provenant majoritairement de familles biparentales de classe moyenne ne confirmaient pas une telle association (Bates et autres, 1991; Fagot et Kavanaugh, 1990).

Dans l'ensemble, la majorité des auteurs s'entendent pour reconnaître que l'attachement pourrait jouer un rôle dans l'apparition des troubles du comportement, particulièrement en milieu défavorisé. Toutefois, l'attachement ne serait pas la cause directe des troubles du comportement, et d'autres facteurs entreraient en interaction avec l'attachement pour menacer ou préserver l'adaptation sociale des enfants et des adolescents (Sroufe et autres, 1999; Rose-Krasnor, Rubin et Coplan, 1996; Constantino, 1995; Greenberg, Speltz et DeKlyen, 1993; Waters et autres, 1993). Les enfants qui ont eu un attachement anxieux ou ceux qui vivent dans des milieux défavorisés sur le plan socioéconomique ne présentent pas tous des troubles du comportement; toutefois, la combinaison d'un attachement anxieux à d'autres facteurs, comme la pauvreté, augmente les risques d'apparition de tels troubles (Constantino, 1995). En somme, les enfants ayant eu une relation d'attachement marquée par l'insécurité auraient une probabilité plus élevée d'avoir des problèmes d'adaptation sociale comparativement aux enfants ayant vécu un attachement sécurisant. Toutefois, l'attachement interagit avec d'autres facteurs dans la trajectoire du développement des enfants; par conséquent, tous les enfants qui ont vécu un attachement marqué par l'insécurité ne présentent pas nécessairement

des problèmes, non plus que des profils semblables d'inadaptation (Thompson, 1998).

Des auteurs ont tenté d'expliquer comment l'attachement pouvait contribuer ou nuire à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Ainsi, les enfants dont la mère démontre une sensibilité et une disponibilité constantes développent un attachement sécurisant, en ce sens qu'ils apprennent à faire confiance à leur mère pour combler leurs besoins. Ces enfants sont rassurés par sa présence; de plus, ils développent graduellement la confiance en son retour, lorsqu'elle s'éloigne momentanément. Cette confiance en la capacité de leur mère à les entourer et à les protéger leur permet même d'entrer en relation avec de nouvelles personnes et de s'éloigner graduellement d'elle pour explorer le monde qui les entoure en toute sécurité. L'exploration de l'environnement favorise les expériences relationnelles avec les pairs, lesquelles expériences vont dans le sens de l'acquisition de la compétence sociale (Mills et Rubin, 1993). Les enfants qui, au contraire, expérimentent l'inconstance dans les soins qui leur sont prodigués ou, encore, qui ne reçoivent pas une réponse satisfaisante à leurs besoins adoptent un modèle d'attachement anxieux. Ces enfants ne développent pas de sentiment de confiance en leur mère; ils sont peu portés à accueillir de nouvelles personnes dans leur univers et sont en même temps moins enclins à explorer leur environnement.

Petit à petit, et au fur et à mesure que ses capacités cognitives se développent, l'enfant intériorise le modèle de relations qu'il a expérimenté avec les personnes importantes qui lui ont prodigué, de façon plus ou moins adéquate, satisfaisante et consistante, les soins et l'attention dont il avait besoin. Il intériorise en même temps une image de lui-même, plus ou moins positive, en fonction des réponses qu'il a reçues des personnes importantes. Tout se passe comme si l'enfant, en recevant une réponse appropriée à ses besoins, acquérait en même temps une certaine assurance en sa valeur, c'est-à-dire le sentiment qu'il mérite l'attention et les soins dont il est l'objet. Il intériorise en même temps une image positive des autres à partir de la satisfaction que lui procurent les personnes importantes qui prennent bien soin de lui. À l'inverse, l'enfant qui ne reçoit pas tous les soins dont il a besoin intériorise une image plus négative de lui et des autres.

Le modèle d'attachement que l'enfant construit, particulièrement au cours de la première année, persisterait toute la vie durant. Il constituerait, jusqu'à un certain point, un modèle intérieur de référence sur lequel l'enfant base les attentes qu'il entretiendra envers les autres et à travers lequel également il interprétera les comportements des autres (Miller, 1993). À partir de là, Waters et ses collaborateurs (1993) concluent que l'attachement constitue plus que la base sécurisante sur laquelle l'enfant fonde sa relation avec ses parents, puisqu'il représente le fondement même du système de croyances de tout individu en des relations satisfaisantes avec

les autres et en des relations intimes avec un partenaire. Dans l'ensemble, le modèle d'attachement serait déterminant quant à la qualité des relations interpersonnelles, et ce, de l'enfance à l'âge adulte (Bartholomew, 1993).

Selon Greenberg, Speltz et DeKlyen (1993), les modèles internes d'attachement anxieux créeraient un terrain propice à l'apparition des troubles du comportement. Le mécanisme par lequel l'attachement anxieux entraînerait des troubles du comportement reposerait sur la cristallisation d'un modèle interne de relations caractérisées par la colère, la méfiance et l'insécurité. Un tel modèle d'attachement créerait un biais d'attribution selon lequel l'enfant prêterait une signification d'hostilité aux comportements des autres, comportements auxquels il réagirait lui-même par l'agressivité. Il est également possible que les troubles du comportement trouvent leur explication dans la simple reproduction par l'enfant d'âge préscolaire de comportements associés à un attachement anxieux. En effet, certains enfants qui doivent faire face, au cours de la première année de leur vie, à des soins inconsistants et inadéquats manifestent souvent des comportements dérangeants; ces comportements, qui sont à l'origine des comportements d'adaptation, montrent la quête de proximité et de sécurité de l'enfant alors que d'autres stratégies d'attachement ont échoué. L'adoption de tels comportements peut d'autant plus marquer le début d'une trajectoire déviante qu'elle constitue un facteur favorisant un fonctionnement familial basé sur la coercition. C'est le cas, le plus souvent, d'enfants ayant un attachement anxieux d'évitement. Il est également possible qu'un attachement sécurisant motive plus tard les enfants à se conformer aux demandes et aux directives parentales, et à adopter graduellement une orientation sociale positive. Les enfants insatisfaits des expériences précoces d'attachement ne seraient pas animés par la motivation de répondre aux attentes et exigences des figures d'attachement et des autres adultes, adoptant du même coup une orientation sociale moins favorable à une socialisation progressive (Greenberg, Speltz et DeKlyen, 1993).

Par ailleurs, certains enfants démontrant un attachement anxieux, en particulier un attachement ambivalent, présenteront, plutôt que de l'agressivité, un problème de **retrait social**. Il s'agirait d'enfants qui montrent, dès la naissance, un faible niveau d'éveil (Rubin, LeMare et Lollis, 1990). Ces enfants cherchent à éviter le rejet en se plaçant sous la dépendance des adultes et en tentant de se soustraire aux interactions avec leurs pairs (Rubin, Stewart et Chen, 1995). Le retrait social, à son tour, annoncerait des troubles dépressifs durant la préadolescence et des problèmes d'internalisation à l'adolescence (Brennan, 1993). Pour leur part, Taris et Bok (1997) établissent des liens entre une relation parents-enfants marquée par le manque de sensibilité des parents et le manque d'engagement ou encore la dépression qu'éprouveront ultérieurement les adolescents et les jeunes adultes.

Des auteurs ont enfin évoqué les réponses inconsistantes de la mère pour expliquer comment certains enfants caractérisés par un attachement anxieux, en

particulier un attachement ambivalent, devenaient dépendants en demeurant passifs pour ne pas être rejetés. L'insécurité fait en sorte que ces enfants recherchent la proximité de la mère au détriment des interactions avec les pairs et des nouvelles expériences, limitant ainsi l'exploration qu'ils font de leur environnement. Leur développement n'est pas optimal, au point de vue moteur, cognitif ou socioaffectif, comparativement aux enfants dont l'attachement est sécurisant. L'anxiété et des habiletés sociales déficientes les empêchent d'entretenir des relations harmonieuses avec les autres; ils sont alors plus susceptibles que d'autres enfants d'être isolés, voire rejetés, des groupes de pairs. Leurs échecs, particulièrement dans la vie sociale, les portent à développer une image négative d'eux-mêmes, renforçant ainsi l'anxiété et l'isolement, et créant un terrain propice à la dépression ou à d'autres problèmes d'internalisation (Rubin, Stewart et Chen, 1995; Rubin, LeMare et Lollis, 1990).

Enfin, tant la théorie de l'attachement que de nombreuses études scientifiques confirment le rôle de la relation initiale d'attachement dans l'adaptation sociale ultérieure des enfants et des adolescents. Les enfants ayant vécu un attachement sécurisant sont plus susceptibles d'être adaptés socialement; de plus, l'attachement sécurisant représenterait un facteur de protection quand ils doivent faire face à des conditions adverses. Par ailleurs, l'attachement anxieux n'est pas une psychopathologie en soi, non plus qu'une cause directe de psychopathologie. L'attachement est davantage vu comme une variable prédictive qui agit avec d'autres variables, comme la relation parents-enfants ultérieure et diverses conditions environnementales, dans l'adaptation sociale des enfants et des adolescents (Dumas, 1999; Sroufe et autres, 1999).

2.2 L'influence des pratiques éducatives : la discipline et la supervision

Plusieurs auteurs ont établi des liens entre le recours à certaines pratiques éducatives, en particulier la discipline et la supervision, et des problèmes comme l'agressivité et la délinquance. Alors que plusieurs auteurs ont examiné les effets de certaines caractéristiques des pratiques éducatives, notamment l'inconsistance ou l'autorité exagérée, d'autres ont plutôt décrit l'influence des pratiques éducatives ayant trait à des contextes particuliers, comme l'encadrement des relations avec les pairs et le suivi scolaire de l'enfant ou de l'adolescent.

Il y aurait ainsi un lien entre le recours à une discipline inconsistante de la part des parents et l'agressivité exprimée par l'enfant. En effet, les parents qui font appel de façon discontinue ou incohérente aux défenses et à la punition inciteraient l'enfant à manifester des comportements agressifs (Chamberlain et Patterson, 1995; Rubin, Stewart et Chen, 1995). L'inconsistance dans l'exercice de la discipline peut facilement semer la confusion chez l'enfant en ce qui concerne les comportements acceptables et ceux qui ne le sont pas, particulièrement si ces comportements sont

empreints d'agressivité. Une telle inconsistance amènera l'enfant à avoir des comportements agressifs (Rubin, Stewart et Chen, 1995). Une trop grande permissivité à l'égard des comportements agressifs peut également représenter pour l'enfant un renforcement de tels comportements (Rubin, Stewart et Chen, 1995). Dans l'ensemble, la tolérance des parents à l'égard des comportements agressifs ou leur ignorance sporadique de tels comportements ne peut qu'encourager l'enfant à les reproduire.

Par ailleurs, une trop grande permissivité et un manque de supervision parentale peuvent également favoriser l'agressivité chez l'enfant. Les parents trop permissifs et dont les exigences sont trop faibles auraient des enfants impulsifs, qui manqueraient de maturité et qui feraient preuve de nombreux passages à l'acte. La tolérance de la mère à l'égard de l'agression constituerait la meilleure variable pour prédire le recours à l'agression par l'enfant. Enfin, la négligence des parents ainsi que le manque de supervision et d'encadrement seraient reliés à l'absentéisme scolaire, à des problèmes de consommation d'alcool et de comportements sexuels précoces ainsi qu'à la délinquance à l'adolescence et à l'âge adulte (Chamberlain et Patterson, 1995; Rubin, Stewart et Chen, 1995; Lamborn et autres, 1991).

Capaldi et Patterson (1994) ont élaboré un modèle selon lequel les pratiques parentales inefficaces au regard de la discipline et de la supervision favorisaient, d'une part, les comportements antisociaux et, d'autre part, les relations avec des pairs déviants. Ces comportements antisociaux et l'association à des pairs déviants créeraient à leur tour un terrain propice à la délinquance, susceptible de conduire aux comportements antisociaux à l'âge adulte. Ce modèle met également en évidence divers éléments du contexte familial qui influencent les pratiques parentales, notamment certaines caractéristiques sociodémographiques des parents, différentes formes de psychopathologie présentées par ces derniers, les événements stressants auxquels ils sont confrontés ainsi que la qualité du voisinage (Grotevant, 1998).

Loeber et Hay (1997) soutiennent que plusieurs pratiques parentales peuvent contribuer aux problèmes de comportement des enfants et des adolescents; outre l'inconsistance dans l'exercice de la discipline, ces auteurs évoquent les échanges coercitifs entre les parents et leur enfant et le recours à une discipline trop rude, notamment à la punition physique.

De leur côté, des auteurs ayant examiné l'influence de la supervision parentale dans le domaine des relations que l'enfant ou l'adolescent entretenait avec ses pairs ont mis en évidence qu'un encadrement suffisant mais non exagéré des relations avec les pairs favoriserait la compétence sociale (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Ladd et Hart, 1992; Ladd et Golter, 1989). Un tel encadrement permettrait aux parents de soutenir l'enfant dans l'interprétation qu'il fait des comportements des autres, de lui suggérer un répertoire de comportements acceptables en réponse à diverses situations et de renforcer les comportements prosociaux qu'il adopte.

Les pratiques éducatives des parents auraient également une influence sur le rendement scolaire des enfants. L'engagement des parents dans les activités scolaires, comme l'aide qu'ils peuvent apporter à leur enfant pour faire ses devoirs scolaires, la participation à des rencontres entre parents et enseignants et l'encouragement prodigué à leur enfant quant à son travail et à ses résultats, sont autant de pratiques éducatives qui sont susceptibles d'améliorer le rendement scolaire (Griffith, 1996; Wang et Wilman, 1995; Paulson, 1994; Steinberg et autres, 1992; Stevenson et Baker, 1987). Certains auteurs considèrent que c'est en soutenant l'acquisition d'habiletés par l'enfant, en lecture et en écriture par exemple, que l'encadrement scolaire des parents favorise la réussite scolaire. D'autres considèrent plutôt que l'engagement des parents dans la vie scolaire de leur enfant favorise la réussite en exerçant un effet positif sur la motivation de l'enfant ou de l'adolescent (Grolnick et Slowiaczek, 1994).

2.3 L'influence du style parental

D'autres auteurs ont examiné l'influence de la relation parents-enfants et des pratiques parentales en faisant appel au concept plus global de style parental, défini par Baumrind (1991), qui intègre ces deux dimensions. Ces auteurs se sont attardés à décrire les liens qui peuvent exister entre les styles parentaux et la compétence sociale de l'enfant, ou encore entre ces différents styles et les difficultés de relations sociales – comme les troubles du comportement ou l'agressivité, le retrait social et d'autres aspects de la vie des enfants et des adolescents.

Ainsi, des chercheurs ont démontré que les enfants de parents qui exerçaient un style démocratique selon la classification de Baumrind (1991) avaient une plus forte probabilité d'être compétents socialement, d'établir des relations d'amitié et de coopération avec leurs pairs et d'être, de façon générale, plus heureux que les enfants de parents ayant adopté tout autre style parental. Ce style parental est en outre associé à la maturité du développement moral et au comportement prosocial de l'enfant, à un bon concept de soi et à un rendement scolaire élevé (Steinberg et autres, 1991). En ce qui concerne cette dernière dimension, plusieurs auteurs ont en effet confirmé une relation positive entre le style parental démocratique et le succès scolaire, et ce, à différentes étapes de la vie scolaire (Deslandes et Royer, 1994; Paulson, 1994; Steinberg et autres, 1992). Les enfants de parents démocratiques seraient plus orientés vers le travail et plus engagés dans les activités de la classe que les enfants de parents possédant un autre style; ils auraient des aspirations plus élevées par rapport à l'éducation, des sentiments plus positifs envers l'école et consacreraient plus de temps à leurs travaux scolaires (National Research Council, 1993; Steinberg et autres, 1992).

Par contre, les parents qui adoptaient un style autre que démocratique, sur le plan de la relation affective et de l'exercice de la discipline, avaient des enfants

qui n'étaient pas compétents socialement et qui manifestaient de l'agressivité ou du retrait social (Rubin, Stewart et Chen, 1995; Baumrind, 1991). Les paragraphes qui suivent précisent quelles caractéristiques du style parental sont associées à l'agressivité, au retrait social et à la dépression.

Les parents qui démontrent de la froideur et du rejet à l'endroit de leur enfant et qui exercent une discipline trop sévère risqueraient plus que les autres parents d'avoir des enfants agressifs (Booth et autres, 1994). Ainsi, de nombreux auteurs ont démontré qu'une discipline rude et sévère provoquait chez l'enfant des comportements agressifs (Rose-Krasnor, Rubin et Coplan, 1996; Rubin, Stewart et Chen, 1995; Weiss et autres, 1992); Rothbaum et Weisz (1994), pour leur part, à la suite de l'examen d'une cinquantaine d'études, concluent que le contrôle coercitif exercé par les parents fait partie des variables qui laissent prévoir les problèmes d'externalisation. Une majorité d'auteurs sont unanimes pour affirmer que l'hostilité parentale et le rejet provoquaient chez l'enfant des problèmes d'adaptation sociale, dont les comportements agressifs, dans toutes les cultures (Rubin, Stewart et Chen, 1995).

Dans l'ensemble, il semble y avoir un lien entre le recours à l'agressivité au cours de l'enfance et le style parental. Toutefois, des études à long terme n'ont pas prouvé ce lien. Le style parental ne représenterait pas la variable la plus puissante pour prédire le recours à l'agressivité et la délinquance après l'enfance; ce serait plutôt les comportements agressifs en bas âge qui laisseraient prévoir avec plus de certitude l'agressivité, la criminalité et la délinquance à l'adolescence et à l'âge adulte (Tremblay et autres, 1995). Le style parental jouerait toutefois un rôle dans la genèse de l'agressivité et des troubles du comportement en général (Rubin, Stewart et Chen, 1995).

Des auteurs ont tenté d'expliquer le processus par lequel l'hostilité, la froideur, le rejet des parents et une discipline trop sévère pouvaient conduire à l'agressivité. En premier lieu, les comportements de ces parents font naître des frustrations chez leur enfant, frustrations qui portent facilement à la colère et à l'hostilité. Or, il est facile de concevoir le climat familial tendu qui résulte d'échanges où colère et hostilité sont des caractéristiques des protagonistes, parents et enfants. En second lieu, l'hostilité et le recours à des stratégies de pouvoir, donnés en exemples par les comportements des parents, risquent fort de constituer le modèle de référence de l'enfant pour les échanges avec ses pairs ou avec les autres personnes extérieures au milieu familial. De plus, aux réactions d'hostilité de l'enfant à des comportements parentaux hostiles et à la familiarité de l'enfant à des modèles d'hostilité et d'utilisation abusive du pouvoir peut se conjuguer un modèle interne d'attachement lui-même marqué par l'hostilité et la colère, ce qui ne peut que renforcer la trajectoire déviante de l'enfant vers l'agressivité et les troubles du comportement (Rubin, Stewart et Chen, 1995).

Il appert par ailleurs que le style parental autoritaire favoriserait l'anxiété et le retrait social chez les enfants. D'autres chercheurs, pour leur part, ont mis en évidence que la surprotection des parents favorisait, chez l'enfant, le retrait social, la timidité et la dépendance à l'égard de l'adulte. La surprotection irait de pair avec des stratégies de pouvoir et des comportements intrusifs des parents dans la vie de l'enfant (Rubin, Stewart et Chen, 1995). La surprotection parentale, le recours à des stratégies disciplinaires sévères et à un encadrement trop strict imposeraient de lourdes contraintes aux comportements de l'enfant. Un contrôle parental trop serré encouragerait la dépendance à l'égard de l'adulte et la docilité de l'enfant tout en limitant ses comportements exploratoires, notamment avec les pairs. Des expériences limitées avec les pairs nuiraient au développement de la compétence sociale et favoriseraient le retrait social.

Dans l'ensemble, il semble que les différents styles parentaux puissent jouer un rôle dans la genèse de problèmes externalisés ou internalisés. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que le style parental ne constitue qu'un facteur parmi d'autres – comme le tempérament de l'enfant, les caractéristiques personnelles des parents, la relation initiale d'attachement, les conditions de vie des familles, par exemple – susceptibles d'influencer l'adaptation sociale des enfants et des adolescents (Rubin, Stewart et Chen, 1995).

2.4 L'influence des parents : un modèle global

Darling et Steinberg (1993) ont proposé un modèle global permettant de concilier la vision des chercheurs qui ont adopté une approche plus analytique après avoir examiné de façon distincte la contribution de la relation parents-enfants et des pratiques éducatives, et celle des tenants de l'approche plus globale des styles éducatifs; ce modèle a été repris par plusieurs auteurs (Grotevant, 1998; Parke et Buriel, 1998 – voir la figure 2). Dans ce modèle, le style parental est défini par les auteurs comme le contexte global qui entoure l'ensemble des interactions des parents avec leur enfant. Le style parental constitue, jusqu'à un certain point, le climat émotionnel dans lequel se déroulent ces interactions. Les pratiques parentales, pour leur part, désignent les comportements des parents dans des situations et des contextes particuliers. Outre le style parental et les pratiques, trois autres variables sont prises en considération dans ce modèle : les croyances et les valeurs des parents, l'ouverture de l'enfant à la socialisation et la compétence de l'enfant.

Les valeurs et les croyances des parents quant aux habiletés que l'enfant ou l'adolescent devrait développer et quant à leur influence, comme parents, sur l'acquisition de ces attributs constituent le premier facteur évoqué. Les valeurs et croyances des parents influenceraient à la fois le style parental et les pratiques

éducatives des parents. Le style parental exerce à son tour une influence directe sur l'ouverture de l'enfant ou de l'adolescent à la socialisation et sur les pratiques parentales. L'ouverture de l'enfant à la socialisation influence, elle aussi, les pratiques parentales qui ont un effet direct sur la compétence de l'enfant ou de l'adolescent. Ce modèle laisse une place importante au rôle actif que joue l'enfant ou l'adolescent dans son propre processus de socialisation.

Selon le modèle de Darling et Steinberg (1993), alors que les pratiques parentales ont une influence directe sur la compétence de l'enfant, le rôle du style parental en est un de médiateur des pratiques parentales. Ainsi, selon ces auteurs, le style parental exerce une influence sur l'utilisation des pratiques parentales dans un domaine donné et surtout sur la réceptivité de l'enfant à ces pratiques; les auteurs expliquent en effet qu'un style parental qui reflète la sensibilité des parents aux besoins de l'enfant ainsi qu'un recours adéquat à la discipline font en sorte que l'enfant accueille plus positivement les moyens concrets que les parents mettent en œuvre pour le soutenir dans l'acquisition de diverses compétences.

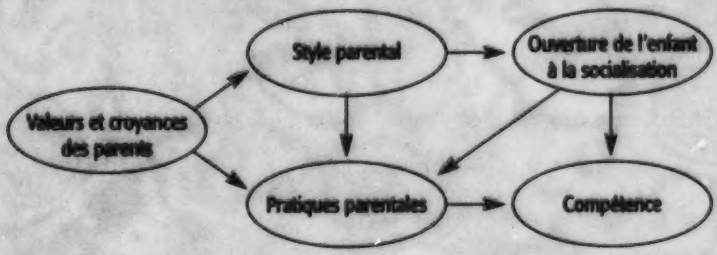


FIGURE 2
Les variables du contexte éducatif, figure tirée de Darling et Steinberg (1993)

Des auteurs ont tenté de vérifier le modèle de Darling et Steinberg en examinant de façon particulière les interactions entre le style et les pratiques parentales dans le domaine de la socialisation face aux pairs (Mize et Pettit, 1997). Sans écarter la possibilité du rôle médiateur que jouerait le style parental sur les pratiques, les auteurs penchent plutôt pour un modèle additif, où tant le style parental que les pratiques de socialisation auxquelles recourent les parents exerceraient une influence directe sur la compétence sociale de l'enfant. Les auteurs font de plus deux observations importantes. Ils notent, en premier lieu, que les pratiques parentales exerceraient un effet plus important en l'absence d'un style parental caractérisé par la sensibilité. Cette remarque va à l'encontre des conclusions d'une étude de Steinberg et ses collaborateurs (1992) voulant que les pratiques parentales dans le domaine scolaire exercent un effet maximal lorsque le style parental est

optimal, c'est-à-dire lorsqu'il correspond au style démocratique de Baumrind (1991). En second lieu, Mize et Pettit (1997) émettent l'hypothèse qu'il est possible que les interactions entre le style parental et les pratiques des parents agissent différemment selon les différents domaines de compétence et que, dans certains domaines, le style parental exerce à la fois un effet direct sur certaines compétences et un effet indirect sur d'autres.

Dans l'ensemble, les études actuelles ne permettent pas de décrire avec certitude le processus selon lequel interagissent les différentes composantes du rôle des parents pour influencer l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Toutefois, tant les études analytiques que les études basées sur le concept global de style parental confirment l'importance du double aspect relationnel et éducatif sur les enfants et les adolescents. Des études ultérieures devraient permettre de préciser comment ces dimensions contribuent au développement et à l'adaptation des enfants et des adolescents.

---

3. Des facteurs qui influent sur la façon dont les parents exercent leur rôle

Certains facteurs, qui relèvent ou non des parents eux-mêmes, influencent la relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents. Les croyances et les valeurs des parents, la pauvreté et d'autres facteurs environnementaux ainsi que des facteurs biologiques ou génétiques propres à l'enfant comptent parmi les facteurs qui interfèrent avec la façon dont les parents s'acquittent de leur rôle éducatif auprès de l'enfant ou de l'adolescent.

3.1 Les croyances et les valeurs des parents

Les croyances et les valeurs des parents constituent un premier facteur susceptible d'influencer les aspects relationnels et éducatifs des interactions parents-enfants (McGillicuddy-De Lisi et Sigel, 1995); cette variable fait d'ailleurs partie du contexte éducatif décrit précédemment dans le modèle de Darling et Steinberg (1993). Les croyances et les valeurs incluent en quelque sorte les idées, les connaissances et les représentations des parents relativement à l'enfant lui-même, à son développement, à l'importance accordée aux différents domaines de compétence, aux buts qu'ils poursuivent quant à l'éducation de leur enfant et à la façon dont ils perçoivent l'influence plus ou moins grande de leurs efforts en matière de socialisation de l'enfant.

De façon générale, les croyances et les valeurs des parents quant aux compétences et aux comportements désirables contribueraient à la compétence de l'enfant dans différentes sphères. Ainsi, les croyances et les valeurs des parents, héritées de

l'enfance qu'ils ont vécue avec leurs propres parents, influencent beaucoup le type de relation qu'ils entretiendront avec leurs enfants. Des auteurs ont ainsi démontré que les enfants dont la mère avait un type d'attachement anxieux avaient de plus fortes chances d'être incompétents socialement et de présenter des troubles du comportement que ceux dont la mère avait un attachement sécurisant (Greenberg, Speltz et DeKlyen, 1993; Mills et Rubin, 1993).

Plusieurs auteurs se sont attardés à examiner les liens entre, d'une part, les croyances et les valeurs des parents et, d'autre part, le développement de la compétence sociale chez l'enfant. Ainsi, les parents qui croient à l'importance de la compétence sociale et qui ont l'impression de pouvoir influencer, chez leurs enfants, l'acquisition des habiletés sociales ont des enfants qui sont plus compétents socialement. Ces parents auraient tendance à attribuer les difficultés temporaires de leurs enfants dans le domaine social à des situations ou événements particuliers plutôt qu'aux caractéristiques personnelles de l'enfant (Rubin, Stewart et Chen, 1995).

Les croyances des parents à propos de la façon dont les habiletés sociales peuvent être enseignées ou apprises influencent également la compétence sociale de l'enfant. Des études ont en effet démontré que les mères d'enfants présentant des problèmes d'agressivité ou de retrait social avaient plus tendance que les mères d'enfants socialement compétents à croire en l'efficacité des pratiques éducatives directes pour développer les habiletés sociales de leurs enfants et leur indiquer, par exemple, quoi faire et ne pas faire plutôt que de leur présenter une alternative ou encore de les inviter à réfléchir aux conséquences de leurs actes. Les mères d'enfants agressifs auraient de plus tendance à attribuer les comportements inadéquats de l'enfant à des causes relatives à l'enfant lui-même et à croire à l'efficacité d'une discipline basée sur l'autorité et le recours au pouvoir. Les mères d'enfants présentant des problèmes de retrait social, pour leur part, croient qu'il est difficile de modifier le comportement social de leur enfant et que leurs propres interventions ont peu de chances de contribuer à résoudre ces problèmes (Mills et Rubin, 1993).

3.2 La pauvreté et d'autres facteurs environnementaux

La pauvreté constitue un facteur susceptible d'influencer différents aspects du rôle des parents; le manque de ressources financières comme tel et la conjugaison de la pauvreté à d'autres facteurs de risque par rapport au développement des enfants et des adolescents sont évoqués pour tenter d'expliquer l'influence possible de la pauvreté sur le rôle éducatif des parents.

La première influence de la pauvreté réside dans le stress qu'engendrent les contraintes financières pour les parents pauvres. La difficulté à subvenir aux besoins primaires de leur enfant, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le logement et les vêtements, provoque des tensions que les parents d'un milieu plus aisé ne

vivent pas. La pauvreté représente donc une source de stress qui s'ajoute aux autres sources potentielles de stress présentes dans la vie quotidienne de tous les parents.

Mais la pauvreté ne se limite pas toujours à l'insuffisance de ressources matérielles; elle peut s'accompagner d'un ensemble de facteurs de risque susceptibles de menacer la santé et le bien-être des parents et de complexifier l'exercice de leur rôle éducatif. Ainsi, la monoparentalité, le faible niveau de scolarisation, l'appartenance à une minorité ethnique et l'isolement social sont autant d'éléments qui, conjugués au manque de ressources financières, peuvent contribuer à rendre les parents vulnérables à divers problèmes de santé et de bien-être, affectant ainsi négativement leur façon d'exercer leur rôle parental.

Par ailleurs, la pauvreté et les divers facteurs susceptibles d'y être associés peuvent affecter la sensibilité et la disponibilité des parents à l'égard de leur enfant ou de leur adolescent. Les pratiques éducatives des parents peuvent également être influencées par le contexte de pauvreté dans lequel vit la famille. Des études ont en effet montré que les parents pauvres ont davantage tendance à recourir à la punition et, de façon globale, à un style éducatif autoritaire lorsqu'on les compare aux parents d'une classe plus aisée qui, eux, adoptent plus souvent un style démocratique dans les interactions avec leur enfant (Hoff-Ginsberg et Tardif, 1995). À ce sujet, le lien entre la pauvreté et les situations d'abus et de négligence des enfants a été maintes fois mis en évidence (Halpern, 1990; Daro, 1988; Chamberland, Bouchard et Beaudry, 1986).

Bref, la pauvreté est susceptible de rendre plus difficile l'exercice du rôle parental. Bien que les interventions visant à soutenir les parents pauvres dans les soins et l'éducation à prodiguer à leur enfant soient essentielles et utiles, elles ne peuvent toutefois remplacer d'autres interventions visant directement à réduire la pauvreté des familles et à diminuer le nombre de parents qui doivent exercer leur rôle éducatif dans un contexte défavorable au bien-être et à la santé de leur enfant (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991).

3.3 Les facteurs biologiques et génétiques

Maintes fois dans le présent texte a-t-on souligné que l'établissement de la relation parents-enfants aussi bien que les interactions subséquentes dans la famille ne dépendaient pas seulement des parents mais aussi de l'enfant, qui y joue un rôle actif. Plusieurs caractéristiques propres à l'enfant sont en effet susceptibles d'influencer l'établissement du lien d'attachement, le maintien de la relation parents-enfants, voire le choix du style parental et des pratiques de socialisation empruntées par les parents. Ces caractéristiques sont principalement d'origine génétique ou biologique.

De nombreuses études ont permis de déterminer que des caractéristiques comme la prématurité, le faible poids à la naissance et la présence d'une maladie chronique ou d'un handicap chez l'enfant représentaient des facteurs susceptibles d'influencer négativement les interactions parents-enfants, notamment au regard des exigences et des responsabilités additionnelles qu'elles faisaient peser sur les épaules des parents (Chamberland, 1992). Le tempérament de l'enfant est un autre facteur susceptible d'influencer la façon dont les parents entourent affectivement leur enfant et l'encadrent. Il semble en effet pertinent de supposer qu'un enfant au tempérament facile suscitera généralement une réponse positive de ses parents, tandis que l'enfant au tempérament difficile provoquera plutôt leur irritation. D'autres auteurs laissent entendre, au contraire, que les parents multiplieront les tentatives pour répondre aux besoins d'un enfant au tempérament difficile. Dans l'ensemble, les recherches menées à ce jour n'ont pas permis d'établir de relation directe, dans un sens ou dans l'autre, entre le tempérament de l'enfant et la réponse éducative apportée par les parents. Des auteurs prétendent que d'autres variables viennent moduler le lien entre le tempérament de l'enfant et la réponse des parents : l'âge et le sexe de l'enfant, les caractéristiques des parents et de l'environnement ainsi que l'intensité des manifestations du tempérament difficile sont autant d'éléments susceptibles d'influencer les réactions des parents au tempérament de l'enfant. Il serait ainsi peu judicieux d'affirmer que la relation d'attachement et le style éducatif des parents sont influencés directement et négativement par le tempérament difficile de l'enfant.

Il est toutefois aisé de concevoir comment, par exemple, le tempérament difficile de l'enfant peut interagir avec des caractéristiques défavorables comme la pauvreté ou l'isolement social de la mère pour diminuer la sensibilité de celle-ci aux besoins de l'enfant ou pour l'encourager à exercer une discipline coercitive. On peut tout aussi bien imaginer une mère chaleureuse et qui possède de nombreuses ressources personnelles et sociales faire tous les efforts pour répondre adéquatement aux besoins d'un enfant plus difficile à consoler ou à apaiser (Sanson et Rothbart, 1995). Ainsi, dans une étude menée auprès de familles d'un milieu défavorisé sur le plan socioéconomique, Van den Boom (1989) a montré que la plupart des enfants classifiés comme irritables avaient un attachement du type anxieux d'évitement, tandis que leur mère affichait peu de sensibilité à leurs besoins. Par ailleurs, d'autres études ont montré qu'un style éducatif inapproprié de la part de parents ayant un enfant au tempérament difficile permettait de prévoir des troubles du comportement ultérieurs (Maziade, 1989 ; Cameron, 1978).

4. Les interventions pour soutenir les parents

La présente section décrit les interventions destinées à soutenir les parents dans leur rôle, notamment en ce qui concerne l'établissement et le maintien d'une

relation affective satisfaisante avec leur enfant ou leur adolescent et l'adoption de pratiques éducatives favorables à son développement et à son adaptation. Il s'agit donc avant tout d'interventions promotionnelles. Bien que les interventions destinées aux parents d'enfants de 6 à 17 ans constituent le thème de la présente section, les interventions qui visent la période préscolaire seront brièvement abordées, compte tenu de l'importance des mesures proposées pour soutenir les parents durant cette période.

Il n'est pas aisé de faire la synthèse des interventions axées sur les différents aspects des relations parents-enfants et du rôle éducatif des parents pendant la période dite scolaire, soit quand les enfants ont entre 6 et 17 ans. En premier lieu, les objectifs poursuivis par les programmes sont parfois multiples, concernant tant les parents que leur enfant; les variables mesurées sont nombreuses et il n'est pas toujours possible de préciser les dimensions du rôle parental auxquelles elles se rapportent, particulièrement en ce qui concerne les aspects relationnels des interactions parents-enfants et l'exercice de la discipline. Il est difficile, par exemple, de connaître les effets précis d'un programme lorsque ce dernier se traduit en fonction de la prévention ou de la réduction des situations d'abus et de négligence, des troubles du comportement ou de la délinquance. En second lieu, certains programmes comportent des interventions qui s'adressent simultanément aux parents et à leur enfant : il s'avère alors impossible d'attribuer les effets de l'intervention à l'une ou l'autre des dimensions du programme. En dernier lieu, il est parfois difficile d'isoler les programmes qui s'adressent précisément aux parents d'enfants et d'adolescents de 6 à 17 ans; certains types de programmes sont menés auprès de parents d'enfants de tous âges, et les revues de programmes consultées ne permettent pas toujours de connaître les effets de l'intervention sur la population particulière des parents d'enfants de 6 à 17 ans.

De plus, en dépit du fait que l'aspect promotionnel des interventions représente l'angle privilégié, certaines interventions préventives et curatives ont été prises en considération lorsqu'elles faisaient partie de revues qui concernaient également des programmes à visée préventive et promotionnelle et qu'elles portaient directement sur les aspects relationnels ou éducatifs du rôle parental. Enfin, la présente recension s'intéresse particulièrement aux interventions auprès des populations; c'est pourquoi les interventions qui relèvent de la psychiatrie ou des différentes psychothérapies n'ont pas été examinées. Il importe toutefois de souligner qu'il s'agit d'interventions qui peuvent s'imposer pour traiter des problèmes personnels et relationnels importants éprouvés par les parents, les difficultés d'attachement ou d'autres problèmes relatifs aux interactions parents-enfants (Doherty, 1995). Par ailleurs, il peut s'avérer opportun de combiner des interventions psychiatriques ou une psychothérapie à l'un ou l'autre des types d'interventions décrits plus bas.

Il importe enfin de préciser, avant de décrire les interventions destinées à soutenir une relation parents-enfants et des pratiques disciplinaires favorables au développement et à l'adaptation des enfants et des adolescents de 6 à 17 ans, que plusieurs mesures qui poursuivent cet objectif doivent être mises en œuvre bien avant l'entrée à l'école. En effet, les interventions visant les parents de jeunes enfants – de la naissance à 5 ans – sont cruciales puisque c'est durant cette période que les parents établissent un mode de relations avec leur enfant et c'est également au cours des premières années de la vie que s'instaure un patron de pratiques éducatives. On ne soulignera donc jamais trop l'importance des interventions promotionnelles visant à informer les parents d'enfants de 0 à 5 ans quant au développement des enfants et aux pratiques éducatives ni celle des interventions visant à améliorer les conditions de vie des familles et à influencer divers facteurs environnementaux, notamment les conditions financières dans lesquelles vivent les familles et le soutien social des parents de jeunes enfants. On ne peut non plus passer sous silence la nécessité d'offrir, durant cette période, des programmes préventifs aux parents vulnérables en ce qui concerne l'établissement d'une saine relation parents-enfants et l'adoption de pratiques éducatives appropriées. À cet égard, les programmes de visite à domicile destinés aux parents, à partir de la naissance jusqu'à ce que les enfants atteignent 2 ans, comme *The Nurse Home Visitation Program* (Olds et autres, 1997, 1986) et *Naître égaux – Grandir en santé* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995) – en voie d'implantation dans l'ensemble du territoire du Québec –, ainsi que les programmes de stimulation précoce à l'intention des enfants âgés de 2 à 4 ans et de leurs parents (McCroskey et Meezan, 1998; Yoshikawa, 1995) s'avèrent des mesures préventives essentielles pour favoriser le développement et l'adaptation sociale des enfants en soutenant les parents dans leur rôle.

La description du contenu et des effets des interventions menées à l'intention des parents d'enfants ou d'adolescents âgés de 6 à 17 ans a été faite principalement à partir de revues de programmes ou de méta-analyses. Les types d'interventions examinés sont essentiellement l'établissement d'une réglementation et de politiques publiques favorables au sain exercice du rôle parental, les programmes visant la diffusion d'une information écrite ou orale, l'éducation et la formation des parents en groupes ainsi que des programmes axés sur le rôle des parents dans le suivi scolaire de leur enfant.

4.1 La réglementation et les politiques publiques

On dispose de peu de données sur les effets de la réglementation ou des politiques publiques sur la relation parents-enfants et, surtout, sur les pratiques éducatives des parents. Il serait pourtant intéressant de connaître l'influence de politiques qui, notamment, améliorent la qualité de vie quotidienne des parents,

par exemple au regard des conditions socioéconomiques des familles et de la conciliation entre les exigences du travail et celles qui sont associées au rôle des parents. En effet, les modèles théoriques qui tentent de rendre compte des déterminants de la relation parents-enfants et des pratiques éducatives adoptées par les parents laissent supposer une influence importante de facteurs environnementaux dans ce domaine (Dumas, 1999; Sroufe et autres, 1999; Halpern, 1990; Daro, 1988; Chamberland, Bouchard et Beaudry, 1986). Il serait impérieux de mener des études qui nous renseignent sur les effets des réglementations et politiques qui améliorent les conditions dans lesquelles les parents exercent leur rôle.

4.2 Les campagnes d'information de masse et les bulletins d'information à l'intention des parents

On sait peu également des effets des campagnes d'information de masse qui porteraient, notamment, sur les pratiques éducatives des parents favorables au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Les résultats d'une enquête récente de l'Institut de la statistique du Québec sur la violence familiale à l'endroit des enfants soulignaient, à cet effet, l'apparente confusion dans l'esprit des mères québécoises quant aux méthodes disciplinaires à favoriser pour exercer leur rôle parental (Clément et autres, 2000). Or, une étude menée en Suède conclut qu'à la suite d'une réglementation interdisant la punition corporelle à l'endroit des enfants et d'une campagne de sensibilisation de masse à ce propos, on aurait assisté à des changements importants quant à la façon de percevoir la punition corporelle et d'y avoir recours (Durrant, 1999). Bien qu'il soit impossible d'attribuer les modifications observées parmi la population suédoise à ces seuls éléments, les constats de cette étude invitent à examiner de plus près les effets que l'on pourrait attendre de campagnes d'information de masse en ce qui concerne l'influence possible de telles mesures sur les pratiques éducatives des parents.

La distribution de bulletins d'information constitue un autre type d'intervention destiné à modifier les croyances et les connaissances des parents ainsi qu'à influencer la relation parents-enfants et les pratiques éducatives utilisées par les parents. L'idée de tels bulletins est basée sur le besoin de connaissances exprimé par de nombreux parents, et ce, à des périodes clés du développement; ainsi, la naissance et les premières années de l'enfant, particulièrement le premier enfant de la famille, l'entrée à l'école et le passage à l'adolescence constituent des périodes où les parents sont particulièrement avides d'information. Les promoteurs de ce type d'intervention ont constaté que le doute et l'insécurité qui entourent ces périodes de transition augmentent d'autant la réceptivité des parents à une information pertinente. L'information transmise consiste avant tout en renseignements sur une période particulière du développement; on décrit aussi des caractéristiques

de l'enfant ou de l'adolescent durant cette période et on donne divers conseils aux parents sur la façon de répondre aux besoins de leur enfant ou de leur adolescent et d'encadrer adéquatement leur jeune; le bulletin s'applique donc à une période particulière du développement et est expédié aux parents au moment opportun. Le bulletin d'information représente également un bon véhicule pour toute information relative aux ressources auxquelles les parents peuvent s'adresser concernant des thèmes ou des problèmes particuliers. Enfin, le bulletin d'information constitue un moyen simple et peu coûteux de sensibiliser un grand nombre de parents.

Les évaluations recensées portent sur la période entourant la naissance et les premières années de la vie (Kishchuk et autres, 1995; Dickinson et Cudaback, 1992; Riley et autres, 1991; Cudaback, Dickinson et Wiggins, 1990) ainsi que le début de l'adolescence (Bogenschneider et Stone, 1997). Les résultats de ces évaluations ont montré que le bulletin d'information était apprécié et qu'il était lu régulièrement autant par des parents de la population en général (Bogenschneider et Stone, 1997; Kishchuk et autres, 1995) que par des parents possédant des caractéristiques particulières, comme les mères adolescentes, les mères peu scolarisées et celles qui appartiennent à des minorités ethniques (Dickinson et Cudaback, 1992; Riley et autres, 1991; Cudaback, Dickinson et Wiggins, 1990). De plus, dans la majorité des familles, au moins une autre personne lirait le bulletin d'information, ce qui créerait un contexte propice à des échanges sur le développement de l'enfant et le rôle des parents; ces échanges auraient un effet positif sur le réseau de soutien social des parents (Riley et autres, 1991).

Par ailleurs, le bulletin d'information aurait une influence sur les connaissances relatives au développement de l'enfant et de l'adolescent, sur différents aspects de la relation parents-enfants et du rôle des parents ainsi que sur le soutien social des mères et sur la connaissance des ressources du milieu (Bogenschneider et Stone, 1997; Kishchuk et autres, 1995; Dickinson et Cudaback, 1992; Riley et autres, 1991). Certains chercheurs ont même mis en évidence que les parents dont la situation présente un risque pour le bon développement de l'enfant tiraient davantage bénéfice de ce type d'intervention que les parents de la population en général : il en irait ainsi des parents d'un premier enfant, des parents ayant une faible scolarité et, dans une moindre mesure, des parents adolescents, des parents isolés ou à faible revenu (Riley et autres, 1991; Cudaback, Dickinson et Wiggins, 1990). L'étude de Kishchuk et autres (1995) présente cependant des résultats différents en ce qui concerne les parents à faible revenu. Il y aurait en effet moins de lecteurs du bulletin d'information chez les parents désavantagés économiquement que chez les autres parents; toutefois, les mères à faible revenu seraient proportionnellement plus nombreuses que les autres à utiliser le bulletin comme unique source d'information sur le développement de l'enfant, à le conserver et à le relire.

Bien qu'à première vue, le bulletin d'information paraisse un moyen économique et efficace de sensibiliser non seulement les parents en général, mais également ceux dont la situation présente un risque pour le développement de l'enfant – souvent difficiles à atteindre –, certains constats viennent nuancer ces résultats. En effet, les résultats obtenus proviennent de parents qui ont accepté de répondre aux différents questionnaires préparés dans le cadre de l'évaluation des programmes; or, il est probable que les parents participants possèdent des caractéristiques différentes de ceux qui ont refusé de participer à l'évaluation. Par ailleurs, l'influence des bulletins d'information sur la relation parents-enfants et sur l'exercice du rôle éducatif des parents est presque exclusivement examinée à la lumière des effets mentionnés par les lecteurs et ne repose pas sur l'observation directe. Enfin, même si le bulletin d'information peut avoir des effets bénéfiques pour les parents, on ne connaît pas l'ampleur des changements qu'une telle intervention peut susciter. Il serait sans doute peu pertinent de penser que le bulletin d'information peut se substituer à des interventions qui reposent sur un contact direct entre des intervenants et des parents, et qui offrent une certaine continuité ainsi qu'une certaine intensité. Il ne faut pas non plus perdre de vue qu'une partie des parents sont analphabètes. Compte tenu toutefois des coûts modestes d'une telle intervention et de la facilité avec laquelle le bulletin d'information peut être diffusé à une large population, il serait pertinent de poursuivre les recherches évaluatives en vue de mieux connaître les effets de cette intervention sur différents aspects de la relation parents-enfants et de l'exercice du rôle des parents. L'examen des effets d'un bulletin d'information sur les parents en général à différents moments de l'enfance ou de l'adolescence et de ceux d'un bulletin d'information préparé à titre d'intervention complémentaire auprès des populations défavorisées représente une avenue intéressante de recherche.

4.3 Les groupes d'éducation et de formation parentales

Les programmes d'éducation parentale et les sessions de formation pour les parents constituent des interventions qui sont habituellement offertes à des groupes et qui sont axées sur la relation parents-enfants, sur les pratiques parentales ainsi que sur leurs déterminants (par exemple, les aspirations des parents au regard de leur enfant ou de leur adolescent). Alors que les groupes d'éducation parentale sont le plus souvent axés sur la transmission de connaissances relatives au développement des enfants et destinés à une population générale de parents, les groupes de formation visent la modification des comportements parentaux et s'adressent davantage à une population de parents dont les enfants présentent une difficulté particulière, comme l'opposition ou l'agressivité, ou qui éprouvent eux-mêmes des difficultés, comme l'exercice d'une discipline trop sévère, l'abus physique ou la négligence. Toutefois, et ce surtout dans la documentation récente,

les expressions « éducation parentale » et « formation parentale » sont utilisées de façon interchangeable (Dore et Lee, 1999).

On a assisté, particulièrement au cours des années 1970 et 1980, à un foisonnement de programmes destinés à aider les parents à mieux jouer leur rôle éducatif auprès de leur enfant. Trois approches principales ont inspiré l'élaboration de tels programmes : l'approche adlérienne, l'approche humaniste et l'approche behavioriste.

En premier lieu, la théorie d'Alfred Adler, basée sur l'idée que les êtres humains sont avant tout guidés par des buts sociaux, a donné lieu à des programmes qui tentent de faire comprendre aux parents l'importance des comportements prosociaux, de la coopération dans les relations familiales et d'un style disciplinaire démocratique qui se traduit par des limites claires et consistantes à l'endroit de l'enfant. Dans les programmes adlériens, on retrouve généralement de petits groupes de discussion pour les parents, qui ont également accès à de la documentation écrite ; les éléments essentiels des discussions et des écrits concernent les principes et méthodes qui permettent aux parents de créer un environnement démocratique et de comprendre les motifs du comportement de leur enfant. Le programme *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP) en est un exemple. Il a été élaboré d'abord à l'intention des parents d'enfants du primaire ; des versions subséquentes de ce programme ont été conçues à l'intention des parents d'enfants d'âge préscolaire ou des parents d'adolescents. Les programmes adlériens s'adressent généralement à tous les parents, sans égard aux facteurs de risque que présente la famille pour le développement de l'enfant (Gottlieb, Feely et Baker, 1995 ; Todres et Bunston, 1993).

D'autres programmes sont basés sur l'approche humaniste et s'inspirent de la théorie du développement humain élaborée par Carl Rogers, selon laquelle l'être humain tend naturellement à réaliser son potentiel. Les programmes humanistes ont pour but de faciliter la communication et l'expression des émotions dans la famille et veulent outiller les parents pour la résolution des conflits avec leurs enfants. L'écoute active, le message direct formulé au « message-je » et la méthode de négociation sans perdant figurent parmi les techniques enseignées aux parents. Les programmes de ce type s'adressent à tous les parents. Le programme *Parent Effectiveness Training* (PET), de Thomas Gordon (1975), est un exemple de programme humaniste états-unien qui a acquis, même au Québec, une grande notoriété (Gottlieb, Feely et Baker, 1995 ; Todres et Bunston, 1993).

Les programmes d'inspiration behavioriste sont élaborés à partir des principes du conditionnement opérant, en vertu desquels le comportement de l'enfant est avant tout perçu comme une réponse à différentes caractéristiques de son environnement. La théorie de l'apprentissage social a inspiré plusieurs de ces programmes qui mettent l'accent sur les techniques à utiliser pour contrôler le

comportement de l'enfant; les tenants de cette théorie prônent le recours systématique au renforcement et à la rétroaction pour modifier le comportement de l'enfant. Certains programmes ajoutent aux méthodes behavioristes conventionnelles des techniques dites cognitives, comme la restructuration, la résolution de problèmes et le contrôle de la colère, d'où l'appellation cognitivo-behavioriste pour qualifier l'approche qui les sous-tend. Ces programmes sont le plus souvent utilisés à titre préventif ou curatif auprès de parents dont les enfants présentent déjà divers problèmes, notamment des problèmes de comportement. Le *Parent Behavioural Training* (PBT) est un exemple américain de ce type de programme. Au Québec, Tremblay et ses collaborateurs (1995) ont élaboré et évalué un programme à l'intention des parents dont l'enfant présente des difficultés de comportement au début du primaire; ce programme, à l'instar d'autres programmes d'inspiration cognitivo-behavioriste, comprend, outre la formation donnée à des groupes de parents, des activités qui s'adressent directement aux enfants.

Une multitude de programmes d'éducation et de formation parentales ont été évalués au cours des trente dernières années. Trois revues de programmes d'éducation et de formation parentales, réalisées dans les années 1990, ont été recensées (Dore et Lee, 1999; Gottlieb, Feely et Baker, 1995; Todres et Bunston, 1993). L'efficacité des programmes est examinée à la lumière du contenu de ces récentes revues (voir le tableau 2). Comme les années couvertes par ces revues se chevauchent, plusieurs programmes recensés sont communs aux trois études; les critères de sélection des programmes diffèrent toutefois pour les trois études.

Une première revue réalisée par Todres et Bunston (1993) inclut les programmes qui ont fait l'objet d'une évaluation quantitative sans pour cela faire appel à un type de protocole de recherche particulier. On a alors recensé 62 programmes; les résultats de l'évaluation de ces programmes avaient fait l'objet d'une publication entre 1975 et 1990. De plus, les programmes retenus étaient basés sur l'une ou l'autre des trois approches décrites plus haut, soit l'approche adlérienne, humaniste ou cognitivo-behavioriste. Les résultats observés touchaient les changements de comportement tant chez les enfants que chez leurs parents, les changements d'attitude des parents relativement à l'éducation de leurs enfants et les changements survenus dans la dynamique familiale, principalement en ce qui a trait à la qualité des relations familiales.

Les auteurs concluent que les programmes cognitivo-behavioristes sont proportionnellement plus nombreux (49 %) à afficher des résultats positifs; ces programmes seraient efficaces pour modifier le comportement mais non les attitudes. Les programmes adlériens susciteraient des changements positifs ou non significatifs pour le comportement, des changements variables pour les attitudes et positifs pour la dynamique familiale. Les programmes d'inspiration humaniste étaient ceux qui affichaient le moins de résultats positifs (17,5 %). À la suite de

TABLEAU 2

Programmes d'éducation et de formation parentales

Auteurs de l'étude	Critères de sélection des programmes	Classification des programmes	Population visée	Conclusions
Bates et Bunston (1993)	• Programmes qui ont fait l'objet d'une évaluation quantitative • Rapports publiés entre 1975 et 1990 • Rapports publiés en langue anglaise	• Programmes d'inspiration adlérienne • Programmes d'inspiration cognitivo-behavioriste • Programmes d'inspiration humaniste	• Parents	• Les programmes basés sur l'approche adlérienne et sur l'approche cognitivo-behavioriste sont plus efficaces pour modifier la façon dont les parents éduquent leur enfant, comparativement aux programmes d'inspiration humaniste qui donneraient des résultats variables. • Les programmes d'inspiration cognitivo-behavioriste sont efficaces pour modifier le comportement des parents mais non leurs attitudes. • Les résultats des effets sur la plupart des variables examinées sont variables ou non significatifs.
Gotlieb, Fonty et Baker (1995)	• Évaluation relative de façon systématique au regard des objectifs poursuivis par le programme • Rapports d'évaluation rédigés entre 1984 et 1994 • Rapports publiés ou non publiés • Programmes états-uniens, anglais et australiens	• Programmes d'inspiration adlérienne • Programmes d'inspiration cognitivo-behavioriste • Programmes d'inspiration humaniste	• Parents à faible risque ou à haut risque quant à la santé mentale de leur enfant • Parents d'enfants qui ont entre 0 et 6 ans	• Les programmes d'inspiration adlérienne et ceux qui s'appuient sur l'approche humaniste seraient efficaces pour améliorer les attitudes et les connaissances des parents. • Les programmes basés sur l'approche cognitivo-behaviorale seraient efficaces pour améliorer les habiletés des parents à encadrer leurs enfants ainsi que les attitudes et les habiletés de communication des parents. Ces programmes seraient également efficaces pour améliorer le comportement des enfants. • Les évaluations révèlent peu de choses sur les éléments qui assurent l'efficacité d'un programme et sur les caractéristiques des parents pour lesquels les différents programmes sont efficaces.

Auteurs de l'étude	Critères de sélection des programmes	Classification des programmes	Populations visées	Conclusions
Dore et Lee (1999)	• Évaluation réalisée avec protocole expérimental, quasi expérimental ou non expérimental de programmes qui s'appuient sur une base théorique solide et dont le contenu est clairement défini • Rapports d'évaluation publiés depuis 1990 • Programmes dont l'évaluation a confirmé l'efficacité	• Programmes de traitement pour parents maltraitants • Programmes de traitement pour parents dont les enfants présentent un problème de comportement • Programmes préventifs pour les parents qui risquent d'abuser de leurs enfants ou de les négliger et programmes promotionnels pour la population en général	• Parents maltraitants • Parents dont les enfants présentent des problèmes de comportement associés aux comportements éducatifs des parents • Parents de la population en général, incluant les parents qui risquent d'abuser de leurs enfants ou de les négliger • Parents d'enfants d'âge préscolaire et d'âge scolaire	• Les programmes seraient plus efficaces avec les parents dont les enfants manifestent un problème de comportement et ceux qui possèdent suffisamment de ressources personnelles pour intégrer de nouvelles connaissances et habiletés. • Les programmes destinés à des parents pour lesquels le risque d'abuser de leurs enfants ou de les négliger est élevé ne doivent pas cibler uniquement les comportements parentaux, mais inclure diverses dimensions qui touchent les autres aspects de la vie des parents. • Le contenu et les modalités des programmes doivent être adaptés aux caractéristiques des parents, notamment pour contrer les difficultés liées à l'absentéisme et à l'abandon. • Ce ne sont pas tous les parents maltraitants ni tous ceux qui risquent d'abuser de leurs enfants ou de les négliger qui peuvent tirer bénéfice des programmes d'éducation et de formation, mais ces programmes sont prometteurs.

l'analyse de l'ensemble des résultats, les auteurs concluent que les effets des programmes sont variables ou non significatifs pour la majorité des variables examinées et que plusieurs études présentent d'importantes lacunes méthodologiques, comme l'absence de protocole expérimental avec attribution au hasard au groupe expérimental et au groupe de comparaison, l'absence de groupe de comparaison, la petite taille de l'échantillon et l'absence de suivi à long terme. De plus, les effets sont rarement analysés à la lumière des modèles théoriques qui sous-tendent l'intervention et des caractéristiques des parents auprès de qui le programme était mené (Todres et Bunston, 1993).

Gottlieb, Feely et Baker (1995) ont réalisé la deuxième revue de programmes à partir de rapports d'évaluation rédigés entre 1984 et 1994. Il s'agissait de programmes états-uniens, anglais et australiens, élaborés à partir des mêmes approches que celles qui ont été choisies pour l'étude précédente; les programmes retenus devaient avoir été l'objet d'une évaluation systématique, peu importe le type de protocole de recherche utilisé. Les programmes s'adressaient soit à des populations défavorisées, soit à la population en général; l'étude ciblait cependant les programmes qui s'adressaient aux parents ayant un enfant entre 0 et 6 ans. Les conclusions de l'étude s'apparentent, jusqu'à un certain point, à celles de Todres et Bunston (1993). En effet, Gottlieb, Feely et Baker (1995) soulignent que les programmes d'inspiration adlérienne et humaniste sont plus efficaces pour modifier les attitudes et les connaissances des parents. Les programmes basés sur l'approche cognitivo-behavioriste seraient, pour leur part, plus efficaces pour améliorer les habiletés des parents à encadrer leurs enfants ainsi que les attitudes et les habiletés de communication des parents. Ces derniers programmes seraient également plus efficaces en ce qui concerne l'amélioration du comportement des enfants. Enfin, les auteurs font remarquer que les études menées ne permettent pas de préciser les éléments qui assurent l'efficacité d'un programme d'éducation et de formation parentales non plus que les caractéristiques de la population auprès de laquelle l'un ou l'autre programme serait plus efficace (Gottlieb, Feely et Baker, 1995).

La troisième revue, réalisée par Dore et Lee (1999), se distingue à plusieurs égards des deux études précédentes. En premier lieu, les auteurs établissent trois catégories de programmes en fonction des populations visées par les programmes plutôt qu'en fonction de l'approche théorique. Ils distinguent ainsi les programmes destinés aux parents maltraitants et ceux qui s'adressent aux parents dont les enfants manifestent des problèmes de comportement, tous à visée curative, ainsi que les programmes destinés aux parents qui risquent d'abuser de leurs enfants ou de les négliger ou aux parents issus de la population générale, qui sont à visée préventive ou promotionnelle. En second lieu, les auteurs ont choisi les programmes qui s'appuyaient sur un modèle théorique solide, dont le contenu était clairement défini et dont les résultats d'évaluation allaient dans le sens de l'efficacité au regard des objectifs poursuivis. Les auteurs concluent que certains parents

peuvent tirer bénéfice, au moins à court terme, de programmes de formation particuliers. Les parents qui possèdent suffisamment de ressources personnelles pour intégrer de nouvelles connaissances et développer des habiletés seraient plus en mesure de tirer profit des programmes de formation, de même que les parents dont les enfants manifestent des problèmes de comportement. Ainsi, la pauvreté, souvent associée à la négligence et à l'abus physique, ainsi que les multiples pressions qui l'accompagnent constitueraient des facteurs qui diminuent la réceptivité des parents aux programmes de formation. C'est pourquoi les auteurs recommandent que ces programmes comportent de multiples dimensions. Les auteurs concluent que les programmes de formation ne modifieront pas nécessairement le comportement éducatif des parents maltraitants ou de ceux qui risquent d'abuser de leurs enfants ou de les négliger mais que ces programmes représentent une voie d'intervention prometteuse (Dore et Lee, 1999). Ils sont toutefois peu éloquents sur l'influence des programmes de formation parentale offerts dans une optique promotionnelle pour soutenir la population générale des parents dans leur rôle éducatif.

Il n'est donc pas aisé de définir, à partir de la documentation existante, les paramètres d'efficacité des programmes d'éducation et de formation parentales. Par ailleurs, les revues de programmes consultées ne portent pas de façon particulière sur les programmes à visée promotionnelle destinés à une population générale de parents, non plus que sur la population particulière des parents d'enfants d'âge scolaire. Les évaluations réalisées permettent à tout le moins de montrer que l'éducation et la formation parentales sont en mesure de modifier certains aspects de la relation parents-enfants et des pratiques éducatives des parents. Il est toutefois impossible, à l'heure actuelle, de déterminer les approches et les contenus à privilégier aux différentes étapes du développement de l'enfance et de l'adolescence, non plus que les modalités selon lesquelles doivent être offerts les programmes à visée promotionnelle, particulièrement en ce qui concerne la durée et l'intensité des programmes.

4.4 Les programmes de soutien des parents axés sur le rendement scolaire

La majorité des auteurs s'entendent pour reconnaître l'influence de l'encadrement des parents dans différents domaines de socialisation. Nous aborderons ici brièvement l'encadrement des parents en ce qui a trait à la vie scolaire de leur enfant ou de leur adolescent.

L'apprentissage de la lecture est réputé influencer positivement le succès scolaire de l'enfant. Certains programmes se seraient montrés efficaces pour aider les parents à soutenir la pratique de la lecture chez leur enfant et améliorer les habiletés de lecture (Connors et Epstein, 1995). D'autres interventions visent à permettre aux parents de mieux encadrer les devoirs et les leçons des enfants à la

maison. Certains programmes auraient permis de soutenir les parents dans leurs interactions avec leur enfant concernant la lecture, les arts et les devoirs en général (Connors et Epstein, 1995). Des programmes de formation et de consultation offerts à des groupes de parents et ne durant que quelques heures auraient permis de mieux outiller les parents pour l'encadrement des travaux scolaires. Par ailleurs, le recours à une consultation d'inspiration behavioriste appuyée par un manuel ou une vidéocassette à l'intention des parents s'avérerait également un moyen efficace de développer, chez les parents, les habiletés nécessaires à l'encadrement des devoirs et des leçons (Rhoades et Kratochwill, 1998). Dans l'ensemble, peu d'évaluations permettent toutefois de discerner des moyens efficaces pour susciter et maintenir un tel engagement des parents dans la vie scolaire de leur enfant ou de leur adolescent.

Enfin, Connors et Epstein (1995) soulignent que différents moyens peuvent être utilisés par les enseignants pour informer adéquatement les parents afin qu'ils puissent aider leur enfant dans leurs devoirs, particulièrement au secondaire, ainsi que pour soutenir les parents afin qu'ils s'engagent dans la scolarisation de leur enfant et qu'ils puissent mieux suivre son cheminement scolaire. Plusieurs parents, soucieux du rendement scolaire de leur enfant, se sentiraient incapables de s'engager dans le suivi des devoirs, des leçons et des autres activités de l'école. L'ouverture de l'école peut alors s'avérer cruciale afin d'offrir aux parents des moyens efficaces de s'engager dans le suivi scolaire de leur enfant (Rhoades et Kratochwill, 1998).

En ce qui concerne les interactions entre le rôle des parents et celui de l'école dans la vie de l'enfant, Connors et Epstein (1995) soulignent la nécessité de trouver de nouvelles stratégies pour assurer la complémentarité et l'efficacité des interventions à partir de ces prémisses :

- les parents ont la responsabilité d'assurer l'éducation de base de l'enfant ;
- l'école doit s'ouvrir aux parents ;
- l'école doit faire place au volontariat des membres de la communauté, notamment à celui des parents ;
- les parents doivent s'engager activement dans les devoirs et les leçons de leur enfant ;
- les parents doivent pouvoir participer aux décisions de l'école.

Le soutien des pratiques parentales quant à l'encadrement des devoirs et des leçons ne représenterait ainsi que l'une des dimensions de la collaboration entre l'école et les parents susceptibles de favoriser la réussite scolaire des enfants et des adolescents (voir le chapitre sur l'environnement scolaire).

Conclusion

L'examen des différents aspects de la vie des enfants et des adolescents qui sont influencés par la relation que les parents établissent et entretiennent avec eux ainsi que par les différentes pratiques éducatives est suffisamment éloquent : les parents jouent un rôle déterminant quant au bien-être et à l'adaptation sociale de leurs enfants et de leurs adolescents. L'établissement de la relation initiale d'attachement jette les premiers jalons de la socialisation : le type d'attachement constitue la toile de fond sur laquelle s'inscriront les relations avec les pairs et avec les autres adultes. Un attachement initial entre l'enfant et ses parents marqué par la sécurité, une relation parents-enfants positive durant l'enfance et l'adolescence, le recours par les parents à une discipline et à une supervision adéquates sont autant d'éléments qui faciliteront l'adaptation sociale de l'enfant.

Toutefois, bien que les parents exercent une grande influence, d'autres facteurs viennent affecter la trajectoire des enfants et des adolescents vers l'adaptation sociale. Les enfants eux-mêmes ne sont pas des agents passifs : ils influencent aussi la relation avec leurs parents et même la façon dont ces derniers les éduquent. Les interactions parents-enfants sont influencées notamment par les différentes caractéristiques du tempérament de l'enfant et par sa façon de répondre aux efforts de socialisation des parents. Par ailleurs, des facteurs environnementaux, en particulier la pauvreté, ont une influence directe sur les aspects relationnels et éducatifs des interactions parents-enfants : en effet, la pauvreté et les autres facteurs de risque qui l'accompagnent sont susceptibles d'entraver l'établissement et le maintien d'une relation parents-enfants chaleureuse ainsi que le sain exercice du rôle parental.

La reconnaissance du rôle crucial que jouent les parents dans l'adaptation sociale de leur enfant et des facteurs qui influencent les parents dans l'exercice de leur rôle parental ne va pas sans soulever la question des interventions efficaces à mettre en place pour mieux soutenir la relation parents-enfants, le sain exercice de la discipline et le recours à des pratiques stimulantes.

Il semble important, en premier, de s'assurer que tous les parents ont accès à des conditions de vie qui facilitent leur rôle d'éducateurs. L'instauration de réglementations et de politiques publiques en ce sens devrait contribuer au bien-être des familles. On gagnerait à mieux connaître l'effet de ces réglementations et de ces politiques publiques sur le contexte de vie des familles et sur la façon dont les parents éduquent leurs enfants ou leurs adolescents.

Par ailleurs, l'accès, pour les parents, à une information de qualité sur le développement des enfants et des adolescents ainsi que sur l'exercice de la discipline et de la supervision s'impose. À ce chapitre, il serait essentiel de mieux connaître les effets des campagnes d'information de masse sur la façon dont les

parents exercent leur rôle. Les bulletins d'information distribués à tous les parents à des moments critiques du développement semblent une intervention prometteuse et peu coûteuse ; il faudrait connaître avec plus de précision l'effet d'une telle intervention sur la relation parents-enfants et sur les pratiques éducatives auxquelles les parents recourent. Il faudrait également mieux connaître l'effet des programmes d'éducation et de formation des parents offerts dans une optique promotionnelle : on connaît peu, en effet, le contenu et le format à privilégier pour la réalisation de tels programmes auprès de différents types de parents. Enfin, les programmes destinés à améliorer les pratiques éducatives des parents en ce qui concerne la scolarisation de leur enfant ou de leur adolescent sont également prometteurs. En ce qui a trait aux familles vulnérables, des mesures sociales destinées à diminuer la proportion des familles vivant dans la pauvreté s'imposent en tout premier lieu. De plus, les programmes d'éducation et de formation d'inspiration cognitivo-behavioriste semblent particulièrement prometteurs auprès des parents dont les enfants manifestent déjà des troubles du comportement.

Enfin, l'analyse de l'efficacité des programmes d'intervention destinés aux parents d'enfants d'âge scolaire ne doit pas faire perdre de vue l'importance d'intervenir dès la naissance de l'enfant et durant la période préscolaire pour maximiser les chances d'influencer positivement la relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents. Il semble clair que certains types d'interventions, offerts au moment opportun, peuvent contribuer à augmenter la proportion de parents qui disposent des moyens essentiels pour établir et maintenir une relation affective satisfaisante avec leur enfant ou leur adolescent et pour encadrer adéquatement leur jeune. De nouveaux efforts devront toutefois être consentis pour parfaire les connaissances dans le domaine, particulièrement en ce qui a trait aux parents ayant un enfant ou un adolescent d'âge scolaire.

RÉFÉRENCES

AINSWORTH, M.D.S., et autres (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, 391 p.

BARTHOLOMEW, K. (1993). « From childhood to adult relationships: Attachment theory and research », dans S. Duck (sous la dir. de), *Learning About Relationships*, Newbury Park (Californie), Sage Publications, p. 30-62. (Understanding Relationship Processes Series, vol. 2)

BATES, J.E., et autres (1991). « Origins of externalizing behavior problems at eight years of age », dans D.J. Pepler et K.H. Rubin (sous la dir. de), *The Development and Treatment of Childhood Agression*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 93-120.

BAUMRIND, D. (1991). « Parenting styles and adolescent development », dans R.M. Lerner, A.C. Petersen et J. Brooks-Gunn (sous la dir. de), *Encyclopedia of Adolescence*, vol. II, New York, Garland Publishing, p. 746-758.

BOGENSCHNEIDER, K., et M. STONE (1997). « Delivering parent education to low and high risk parents of adolescents via age-paced newsletters », *Family Relations*, vol. 46, nº 2, p. 123-134.

BOOTH, C.L., et autres (1994). « Predicting social adjustment in middle childhood: The role of preschool attachment security and maternal style », *Social Development*, vol. 3, nº 3, p. 189-204.

BOOTH, C.L., L. ROSE-KRASNOR et K.H. RUBIN (1991). « Relating preschoolers' social competence and their mothers' parenting behaviors to early attachment security and high risk status », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 8, nº 3, p. 363-382.

BOWLBY, J. (1978). *Attachement et perte – La séparation: angoisse et colère*, vol. 2, Paris, Presses universitaires de France, 557 p.

BRENNAN, J.L. (1993). « Family relationships and the development of social competence in adolescence », *Journal of Paediatric and Child Health*, vol. 29, (suppl. 1), p. S37-S41.

CAMERON, J.R. (1978). « Parental treatment, children's temperament, and the risk of childhood behavioral problems: 1. Relationships between parental characteristics and change in children's temperament over time », *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, p. 233-244.

CAPALDI, D.M., et G.R. PATTERSON (1994). « Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males », dans D.C. Fowles, P. Sutker et S.H. Goodman (sous la dir. de), *Progress in Experimental Personality and Psychopathy Research 1994: Special Focus on Psychopathology and Antisocial Personality: A Developmental Perspective*, New York, Springer, p. 165-198.

CHAMBERLAIN, P., et G.R. PATTERSON (1995). « Discipline and child compliance in parenting », dans M.H. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 4, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 205-225.

CHAMBERLAND, C. (1992). « La violence faite aux enfants : la comprendre pour mieux la prévenir », *PRISME*, vol. 3, nº 1, p. 16-31.

CHAMBERLAND, C., C. BOUCHARD et J. BEAUDRY (1986). « Les mauvais traitements envers les enfants : réalités canadienne et américaine », *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 18, p. 391-412.

CLÉMENT, M.È., et autres (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p.

COHN, D. (1990). « Child-mother attachment of six-years-old and social competence at school », *Child Development*, vol. 61, p. 152-162.

CONNORS, L.J., et J.L. EPSTEIN (1995). « Parent and school partnerships », dans M.H. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 4, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 437-458.

CONSTANTINO, J.N. (1995). « Early relationships and the development of aggression in children », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 2, nº 5, p. 259-273.

CUDABACK, D.J., N.S. DICKINSON et E.S. WIGGINS (1990). « Parent education by mail », *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, vol. 71, nº 3, p. 172-175.

DARLING, N., et L. STEINBERG (1993). « Parenting style as context: An integrative model », *Psychological Bulletin*, vol. 113, nº 3, p. 487-496.

DARO, D. (1988). *Confronting Child Abuse: Research for Effective Program Design*, New York, The Free Press, 356 p.

DESLANDES, R., et É. ROYER (1994). « Style parental, participation parentale dans le suivi scolaire et la réussite scolaire », *Service social*, vol. 43, nº 2, p. 63-80.

DICKINSON, N.S., et D.J. CUDABACK (1992). « Parent education for adolescent mothers », *The Journal of Primary Prevention*, vol. 13, nº 10, p. 23-35.

DOHERTY, W.J. (1995). « Boundaries between parent and family education and family therapy: The Levels of family involvement model », *Family Relations*, vol. 44, nº 4, p. 353-358.

DORE, M.M., et J.M. LEE (1999). « The role of parent training with abusive and neglectful parents », *Family Relations*, vol. 48, p. 313-325.

DUMAS, J.E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck Université, 520 p.

DURRANT, J.E. (1999). « Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban », *Child Abuse and Neglect*, vol. 23, nº 5, p. 435-448.

ERICKSON, M.F., L.A. SROUFE et B. EGELAND (1985). « The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample », dans I. Bretherton et E. Waters (sous la dir. de), *Growing Points of Attachment Theory and Research*, Chicago, Society for Research in Child Development, p. 147-166. (Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 50, séries 1-2, nº 209)

FAGOT, B.I., et K. KAVANAUGH (1990). « The prediction of antisocial behavior from avoidant attachment classifications », *Child Development*, vol. 61, p. 864-873.

FIVAZ-DEPEURSINGE, E., et A. CORBOZ-WARNERY (1999). *The Primary Triangle: A Developmental System View of Mothers, Fathers and Infants*, New York, Basic Books, 208 p.

GORDON, T. (1975). *P.E.T: Parent Effectiveness Training*, New York, New American Library, 334 p.

GOTTLIEB, L.N., N. FEELY et S. BAKER (1995). *Parent Education Programs: Effectiveness in Improving Child Mental Health*, Montréal, École de nursing, Université McGill, 138 p.

GREENBERG, M.T., M.L. SPELTZ et M. DEKLYEN (1993). « The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems », *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 191-213.

GRIFFITH, J. (1996). « Relation of parental involvement, empowerment, and school traits to student academic performance », *The Journal of Educational Research*, vol. 90, nº 1, p. 33-41.

GROLNICK, W.S., et M.L. SLOWIACZEK (1994). « Parents' involvement in children's schooling: A multidimensional conceptualization and motivational model », *Child Development*, vol. 65, p. 237-252.

GROTEVANT, H.D. (1998). « Adolescent development in family contexts », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional, and Personality Development*, New York, John Wiley, p. 1097-1149.

HALPERN, R. (1990). « Poverty and childhood parenting: Toward a framework for intervention », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 60, nº 1, p. 6-18.

HOFF-GINSBERG, E., et T. TARDIF (1995). « Socioeconomic status and parenting », dans M. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 2, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 161-188.

HOLMBECK, G.N., R.L. PAIKOFF et J. BROOKS-GUNN (1995). « Parenting adolescents », dans M. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 1, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 91-118.

JACOBVITZ, D., et N. HAZEN (1999). « Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships », dans J. Solomon et C. George (sous la dir. de), *Attachment Disorganization*, New York, The Guilford Press, p. 127-186.

KISHCHUK, N., et autres (1995). « Parental support: Effects of a mass-media intervention », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 86, nº 2, p. 128-132.

LADD, G.W., et B. GOLTER (1989). « Parents' management of preschoolers' peer relations: Is it related to social competence ? », *Developmental Psychology*, vol. 24, p. 109-117.

LADD, G.W., et C.H. HART (1992). « Creating informal play opportunities: Are parents' and preschoolers' initiations related to children's competence with peers ? », *Developmental Psychology*, vol. 28, p. 1179-1187.

LAMBORN, S.D., et autres (1991). « Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families », *Child Development*, vol. 62, p. 1049-1065.

LOEBER, R., et D. HAY (1997). « Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood », *Annual Review of Psychology*, vol. 48, p. 371-410.

LYONS-RUTH, K., L. ALPERN et B. REPACHOLI (1993). « Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom », *Child Development*, vol. 64, p. 572-585.

MACCOBY, E.E., et J.A. MARTIN (1983). « Socialization in the context of the family: Parent-child interaction », dans P. Mussen et E.M. Hetherington (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 4: *Socialization, Personality and Social Development*, New York, John Wiley, p. 1-101.

MAZIADE, M. (1989). « Should adverse temperament matter to the clinician ? An empirically based answer », dans G.A. Kohnstamm, J.E. Bates et M.K. Rothbart (sous la dir. de), *Temperament in Childhood*, Chichester, John Wiley, p. 241-436.

McCROSKEY, J., et W. MEEZAN (1998). « Family-centered services: Approaches and effectiveness », *The Future of Children*, vol. 8, nº 1, p. 54-71.

McGILLICUDDY-DE LISI, A.V., et I.E. SIGEL (1995). « Parental beliefs », dans M. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 3, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 333-358.

MILLER, J.B. (1993). « Learning from early relationship experience », dans S. Duck (sous la dir. de), *Learning About Relationships*, Newbury Park (Californie), Sage Publications, p. 1-29. (Understanding Relationship Processes Series, vol. 2)

MILLS, R.S.L., et K.H. RUBIN (1993). « Parental ideas as influences on children's social competence », dans S. Duck (sous la dir. de), *Learning About Relationships*, Newbury Park (Californie), Sage Publications, p. 98-117. (Understanding Relationship Processes Series, vol. 2)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1995). *Naître égaux – Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, et Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 213 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, rapport du Groupe de travail pour les jeunes, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.

MIZE, J., et G.S. PETTIT (1997). « Mothers' social coaching, mother-child relationship style, and children's peer competence: Is the medium the message? », *Child Development*, vol. 68, nº 2, p. 312-332.

MOSS, E., et autres (1998). « Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problem », *Child Development*, vol. 69, p. 1390-1405.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (1993). *Losing Generations: Adolescents in High-Risk Setting*, Panel on High-Risk Youth, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, Washington (District de Columbia), National Academy Press, 265 p.

OLDS, D., et autres (1997). « Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: 15-year follow-up of a randomized trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, p. 637-643.

OLDS, D., et autres (1986). « Preventing abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation », *Pediatrics*, vol. 78, p. 65-78.

PARENT, S., et J.F. SAUCIER (1999). « La théorie de l'attachement », dans E. Habimana et autres (sous la dir. de), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur, p. 33-46.

PARKE, R.D., et R. BURIEL (1998). « Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional, and Personality Development*, New York, John Wiley, p. 463-552.

PAULSON, S.E. (1994). « Relations of parenting style and parental involvement with ninth-grade students' achievement », *Journal of Early Adolescence*, vol. 14, nº 2, p. 250-267.

RENKEN, B., et autres (1989). « Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in elementary school », *Journal of Personality*, vol. 57, p. 257-281.

RHOADES, M.M., et T.R. KRATOCHWILL (1998). « Parent training and consultation: An analysis of a homework intervention program », *School Psychology Quarterly*, vol. 13, nº 3, p. 241-264.

RILEY, D., et autres (1991). « How effective are age-paced newsletters for new parents? A replication and extension of earlier studies », *Family Relations*, vol. 40, p. 247-253.

ROSE-KRASNOR, L., K.H. RUBIN et R. COPLAN (1996). « The relation of maternal directiveness and child attachment security to social competence in preschoolers », *International Journal of Behavioral Development*, vol. 19, nº 2, p. 309-325.

ROTHBAUM, F., et J. WEISZ (1994). « Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 116, p. 55-74.

RUBIN, K.H., W. BUKOWSKI et G. PARKER (1998). « Peer interactions, relationships, and groups », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional and Personality Development*, New York, John Wiley, p. 619-700.

RUBIN, K.H., L.J. LEMARE et S. LOLLIS (1990). « Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection », dans S.R. Asher et J.D. Coie (sous la dir. de), *Peer Rejection in Childhood*, New York, Cambridge University Press, p. 217-249.

RUBIN, K.H., S.L. STEWART et X. CHEN (1995). « Parents of aggressive and withdrawn children », dans M. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 1, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 255-284.

SAINT-ANDRÉ, M. (1996). « Attachement et représentations de l'enfant à naître : perspectives expérimentales et cliniques », *PRISME*, vol. 6, nº 1, p. 40-54.

SANSON, A., et M.K. ROTHBART (1995). « Child temperament and parenting », dans M. Bornstein (sous la dir. de), *Handbook of Parenting*, vol. 4, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 299-321.

SROUFE, L.A., et autres (1999). « Implications of attachment theory for developmental psychopathology », *Development and Psychopathology*, vol. 11, p. 1-13.

STEINBERG, L., et autres (1992). « Impact of parenting practices on adolescent achievement : Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed », *Child Development*, vol. 63, p. 1266-1281.

STEINBERG, L., et autres (1991). « Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches », *Journal of Research on Adolescence*, vol. 1, nº 1, p. 19-36.

STEVENSON, D.L., et D.P. BAKER (1987). « The family-school relation and the child's school performance », *Child Development*, vol. 58, p. 1348-1357.

TARIS, T.W., et I.A. BOK (1997). « Effects of parenting style upon psychological well-being of young adults: Exploring the relations among parental care, locus of control and depression », *Early Child Development and Care*, vol. 132, p. 93-104.

THOMPSON, R.A. (1998). « Early sociopersonality development », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional and Personality Development*, New York, John Wiley, p. 25-104.

TODRES, R., et T. BUNSTON (1993). « Parent education program evaluation: A review of the literature », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 12, nº 1, p. 225-245.

TREMBLAY, R.E., et autres (1995). « A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, p. 560-568.

VAN DEN BOOM, D.C. (1989). « Neonatal irritability and the development of attachment », dans G. A. Kohnstamm, J.E. Bates et M.K. Rothbart (sous la dir. de), *Temperament in Childhood*, New York, John Wiley, p. 299-318.

WANG, J., ET L. WILMAN (1995). « An empirical examination of the effects of family commitment in education on student achievement in seventh grade science », *Journal of Research in Science Teaching*, vol. 32, nº 8, p. 833-837.

WATERS, E., et autres (1993). « Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? », *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 215-224.

WEISS, B., et autres (1992). « Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and a maladaptive social information processing style », *Child Development*, vol. 63, p. 1321-1335.

YOSHIKAWA, H. (1995). « Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency », *The Future of Children*, vol. 5, nº 3, p. 51-75.

CHAPITRE 2

La compétence sociale

François Bowen
Nadia Desbiens
Catherine Martin
Marthe Hamel

Le présent chapitre comporte quatre sections. Dans la première section, nous présenterons quelques définitions et les principales approches pour décrire et comprendre la compétence sociale de l'enfant et de l'adolescent. Cela nous permettra d'établir une distinction entre les manifestations de la compétence et les mécanismes qui la sous-tendent. La deuxième section décrira les liens entre la compétence sociale et d'autres dimensions de l'adaptation psychosociale. Nous tenterons notamment de décrire la relation entre les mécanismes de la compétence et ceux de la « résilience ». La troisième section présentera les principaux facteurs et mécanismes associés au développement de la compétence sociale. Une attention particulière sera apportée aux influences réciproques existant avec les autres déterminants de la santé et du bien-être traités dans le présent volume. La quatrième section présentera une recension sélective des recherches évaluatives qui concernent différentes approches visant la promotion et la prévention de la compétence sociale en milieu scolaire. Dans la conclusion, nous examinerons les conditions de réussite ainsi que les limites intrinsèques de ces interventions.

1. Définitions et approches de la compétence sociale

1.1 Définitions globales de la compétence sociale

De nombreux auteurs ont défini la compétence sociale. La revue des définitions permet de constater que l'efficacité dans les relations sociales constitue un élément capital de cette compétence (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Rose-Krasnor, 1997; Dumont, Provost et Dubé, 1990). Gottlieb, pour sa part, fait référence à la notion de capacité ou d'habileté à interagir :

> La compétence sociale est la capacité d'intégrer les éléments cognitifs et affectifs ainsi que les comportements afin d'accomplir des tâches sociales précises et d'obtenir des éléments de développement positifs. Elle comprend une série d'aptitudes, d'habiletés et de sentiments fondamentaux dont le sens fonctionnel est déterminé par les contextes de la culture, de l'entourage et de la situation[1].

Waters et Sroufe (1983) abondent dans le même sens en considérant la compétence sociale comme la capacité d'une personne d'accomplir avec succès des tâches sociales, à différents moments de son développement et dans un contexte donné. Ces auteurs intègrent les différentes composantes de la compétence sociale en définissant ce concept comme la capacité d'une personne de gérer son comportement, son affect et ses habiletés cognitives pour atteindre les buts sociaux qu'elle se fixe, sans empêcher les autres d'atteindre leurs propres buts sociaux et sans entrer dans une trajectoire de développement qui l'empêcherait d'atteindre les buts sociaux des stades ultérieurs du développement.

Cette définition suppose également que les critères propres au comportement, à l'affect et à la cognition doivent non seulement prendre en considération le niveau de développement de la personne, mais également le contexte ou le milieu de vie dans lequel s'exerce cette compétence. Par exemple, en milieu scolaire, la compétence sociale d'un jeune se caractérise autant par sa capacité de s'intégrer et de se faire accepter par ses pairs (en classe ou au sein d'un groupe d'amis), que par sa capacité de répondre aux exigences particulières du milieu scolaire en jouant son rôle d'élève ou d'apprenant et en respectant un certain nombre de règles de vie qu'impose ce milieu (Masten et autres, 1995). Les caractéristiques et les enjeux particuliers liés aux différentes périodes du développement du jeune influencent en effet la dynamique de la compétence sociale. Ainsi, la recherche

1. B.H. GOTTLIEB (1998). « Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada », dans Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, p. 261.

d'autonomie, les premiers contacts avec les groupes de pairs et l'égocentrisme cognitif, qui se manifestent vers l'âge de 3 ou 4 ans, représentent des dimensions essentielles pour comprendre le développement de la compétence sociale au même titre que la pensée formelle, la formation de l'identité ou les premières relations amoureuses façonnent cette compétence à l'adolescence.

Outre que la compétence sociale soit influencée par l'environnement social immédiat et le niveau de développement de la personne, elle s'exprime également à l'intérieur d'un contexte socioculturel précis (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Coll et autres, 1997; Chen, Rubin et Sun, 1992). Néanmoins, en dépit de cette multitude de contextes psychologiques et sociaux, Gottlieb (1998) souligne qu'il existe un consensus entre les auteurs au sujet des habiletés fondamentales à la base de la compétence sociale :

- la capacité de percevoir et d'interpréter correctement les indications sociales pertinentes;
- la capacité de trouver des solutions efficaces pour surmonter les problèmes interpersonnels, d'évaluer de façon réaliste les solutions possibles et de traduire les décisions sociales en comportements efficaces;
- la capacité d'exprimer, d'évaluer et de reconnaître son efficacité personnelle.

Derrière ces habiletés se profilent un certain nombre de processus qui sont le résultat d'une interaction constante entre des dispositions personnelles et des conditions environnementales.

1.2 Les différents aspects de la compétence sociale

Il apparaît important ici de décrire les différentes approches utilisées par les chercheurs pour évaluer et comprendre la compétence sociale. L'examen des définitions opérationnelles de la compétence sociale permet de mieux saisir la signification du concept ainsi que les composantes sur lesquelles divers auteurs et chercheurs ont mis l'accent. Cet examen nous permet également d'interpréter, à leur juste mesure, les résultats issus tant de l'étude du développement de la compétence sociale que de l'évaluation des interventions axées sur ce déterminant. Rose-Krasnor (1997) relève quatre types de définitions, ou approches, opérationnelles qui ressortent de la documentation : l'approche selon les habiletés sociales, l'approche selon le statut sociométrique, l'approche selon la qualité des relations sociales et l'approche fonctionnelle. Les trois premières approches se concentrent sur les manifestations comportementales ou la perception des pairs tandis que la quatrième vise plutôt à décrire et à comprendre la compétence sociale à partir des mécanismes internes sous-jacents aux conduites dites ou jugées compétentes.

1.2.1 La compétence sociale comme un ensemble d'habiletés sociales

Le concept de compétence sociale a longtemps été défini comme un ensemble d'habiletés sociales. Les définitions se situant dans ce champ se reflètent dans l'utilisation de « listes » de comportements permettant de reconnaître les enfants compétents et de concevoir des interventions de prévention ou de rééducation en fonction essentiellement de ces « listes ». La difficulté inhérente à ce type de définitions est de cerner les habiletés qui constituent la compétence sociale. Des critères de sélection des comportements compétents ont été définis à partir des différentes théories sur la compétence sociale, des valeurs de l'entourage qui privilégie certaines habiletés sociales plutôt que d'autres ou encore selon la corrélation entre certains comportements et d'autres indicateurs associés à la compétence sociale, par exemple la popularité auprès des pairs. Enfin, des auteurs ont recours à une approche normative pour déterminer les habiletés qui constituent la compétence sociale; les enfants sont désignés comme sociables ou non par rapport à des normes relatives à l'âge ou à un groupe en particulier (Rose-Krasnor, 1997).

Dans l'ensemble, les définitions de la compétence sociale établies à partir des habiletés sociales qui la constituent offrent une bonne base pour évaluer la compétence sociale et pour préciser les cibles des programmes d'intervention. Toutefois, on peut constater que les différentes méthodes utilisées pour sélectionner les habiletés qui font partie de la compétence sociale ont conduit à des divergences au sujet des critères de sélection. De plus, une telle approche ne tient pas vraiment compte des aspects contextuels et socioculturels dans lesquels s'inscrit ou se manifeste la compétence sociale. Les définitions issues de telles méthodes présentent enfin l'inconvénient d'envisager la compétence sociale comme la juxtaposition d'habiletés indépendantes plutôt que comme une entité organisée dont les éléments seraient interreliés (Rose-Krasnor, 1997). Une évaluation juste et plus précise de la compétence sociale repose donc également sur l'effet que le comportement de la personne produit dans son milieu social. C'est le cas de la prochaine approche.

1.2.2 La compétence sociale en fonction du statut sociométrique ou de la popularité auprès des pairs

Le statut sociométrique d'une personne est établi à partir d'un nombre déterminé de désignations positives (trois) et négatives (trois) obtenues auprès des pairs d'un groupe social donné, par exemple, une classe. Ces désignations servent, à partir d'une méthode de calcul mise au point par Coie et Dodge (1983), à classer la personne selon les cinq statuts suivants : populaire, rejeté, négligé, controversé et moyen. Les statuts « populaire » et « moyen » sont considérés comme un critère de compétence sociale, car un nombre important d'études les ont très souvent associés à l'expression d'habiletés sociales et sociocognitives. Inversement, ces mêmes

études ont montré que les enfants ou les adolescents correspondant au statut « rejeté » manifestaient, plus que les autres jeunes du groupe, des conduites agressives ou socialement inadéquates en plus de présenter un mode de raisonnement social inadéquat (voir Rubin, Bukowski et Parker [1998] ainsi que Newcomb, Bukowski et Pattee [1993] pour une recension complète des écrits à ce sujet).

D'autres recensions d'écrits et certaines études démontrent qu'une perception négative de la part des pairs à la maternelle ou au début du primaire, décrite à partir de différentes techniques sociométriques, laissait prévoir divers problèmes d'adaptation psychosociale (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Vitaro et autres, 1994; Parker et Asher, 1987) ou des difficultés scolaires (Hinshaw, 1992; Ollendick et autres, 1992). Il convient cependant de souligner les limites de la valeur prédictive des données sociométriques puisque les problèmes d'impopularité ou de rejet social (désignations négatives) ne durent qu'une année ou deux. Comme le soulignent Rubin, Bukowski et Parker (1998), les recherches montrent que la perception d'une personne par les pairs fluctue beaucoup d'un groupe à un autre, particulièrement en milieu scolaire. Une certaine prudence doit donc guider l'interprétation d'une seule et unique évaluation sociométrique, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, si la perception des pairs est grandement déterminée par les conduites manifestées dans le groupe, que ces conduites soient prosociales ou agressives, il n'en demeure pas moins que les normes internes du groupe et certains contextes déterminent ce qui est ou non acceptable au sein du groupe. Plusieurs chercheurs ont montré qu'un niveau élevé d'agressivité manifesté par un jeune dans son groupe de pairs est associé à l'impopularité dans la mesure où les règles de fonctionnement et les normes de ce groupe ne tolèrent pas ce type de conduite (Boivin, Dodge et Coie, 1995; Wright, Giammarino et Parad, 1986). Une étude très récente (Rodkin et autres, 2000) montre à cet égard que, dans certains milieux scolaires réguliers, des garçons du second cycle du primaire manifestant de façon importante des conduites agressives et perturbatrices pouvaient être perçus très positivement par les pairs de leur classe. Le contexte culturel peut également jouer un rôle déterminant dans les critères définissant la perception positive ou négative dans un groupe de pairs. Ainsi, une étude comparative menée auprès d'écoliers canadiens et chinois a mis en évidence le fait que les critères comportementaux des pairs pour définir la compétence sociale – définie ici par la popularité – n'étaient pas identiques dans les deux cultures (Chen, Rubin et Sun, 1992).

Le second problème que pose l'utilisation du statut sociométrique, ou de toute autre mesure de ce type, comme source unique d'évaluation de la compétence sociale concerne les préjugés relativement à la réputation de certains jeunes. Il est en effet établi depuis longtemps (Vitaro et Charest, 1988) que la perception sociale d'un jeune par ses pairs ou les adultes, qu'elle soit fondée ou non, ne dépend

pas seulement de la nature de ses actes, mais également de son image et de sa réputation. Ce problème touche particulièrement les jeunes marginaux, isolés socialement, ou ceux qui, en dépit d'un changement positif de leurs conduites sociales, traînent avec eux leur ancienne image d'enfant à problèmes. Les préjugés concernant la réputation et l'image sont plus forts avec l'âge et ils peuvent causer de sérieuses difficultés autant aux jeunes qu'aux intervenants soucieux de leur adaptation sociale (Vitaro et Charest, 1988).

En somme, l'approche sociométrique de la compétence sociale ne prend toute sa pertinence pour la recherche et l'intervention que dans la mesure où les désignations positives ou négatives sont combinées à des dimensions comportementales (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Dumont, Provost et Dubé, 1990) ainsi qu'à une analyse des normes et de la structure des groupes de pairs (Desbiens et autres, 1998; Boivin, Dodge et Coie, 1995). Ces éléments apparaissent essentiels, en particulier lorsqu'on utilise des données sociométriques avec des jeunes de plus de 10 ans. En effet, la diversification et la complexification progressives des rapports sociaux, combinées aux enjeux particuliers de l'adolescence (formation de l'identité, rapports entre les sexes, insertion sociale, etc.), font en sorte qu'on ne peut analyser la préférence sociale entre les personnes sans prendre également en considération les raisons et la dynamique qui unissent ces groupes et ces dyades. Puisqu'une simple évaluation sociométrique ne fournit pas en soi une mesure de l'habileté de l'enfant à établir ou à maintenir une relation sociale – élément important dans la définition de la compétence sociale –, certains auteurs (rapportés par Rose-Krasnor, 1997) ont émis l'hypothèse que c'est l'absence d'amis, plutôt que l'impopularité en soi auprès d'un groupe particulier de pairs, qui augmenterait le risque de difficultés ultérieures pour l'enfant. La prochaine section examine cette question.

1.2.3 La compétence sociale et la qualité des relations sociales

La mesure de la compétence sociale basée sur la qualité des relations sociales d'une personne, incluant les liens d'amitié, pose comme postulat que des relations soutenues entre un certain nombre de pairs créent le contexte permettant de stimuler, de développer et de soutenir un certain nombre d'habiletés sociales, cognitives et affectives à la base de la compétence sociale (Desbiens et autres, 1998). En effet, les amis fournissent aux enfants de l'information, du soutien émotif, de l'aide instrumentale, de l'affection, de la reconnaissance, des possibilités de camaraderie et des occasions d'apprendre à résoudre des conflits dans un environnement soutenant. Ce postulat permet de poser l'hypothèse qu'un enfant qui interagit avec un partenaire compétent socialement a plus de chances d'avoir une relation de qualité et apparaît ainsi plus compétent que celui qui interagit avec un partenaire moins habile socialement.

Comme le rapporte Rose-Krasnor (1997), bien qu'il y ait souvent des corrélations positives entre la qualité de l'amitié et l'adaptation sociale, ce ne sont pas tous les types d'amitié qui sont associés à un développement social positif. Il ressort d'une étude récente menée auprès d'élèves ayant un trouble de conduite (Desbiens, 2000) que les affiliations sociales contribueraient au renforcement des comportements problématiques chez les jeunes qui tendent à se regrouper au sein de cliques valorisant des conduites déviantes. Cette recherche vient confirmer les résultats obtenus par d'autres études menées auprès d'élèves manifestant des difficultés comportementales (Dishion, Andrews et Crosby, 1995; Farmer et Hollowell, 1994; Cairns et autres, 1988). Vitaro et ses collaborateurs (1997) ont, à cet égard, établi clairement les liens entre la conduite déviante des jeunes et l'influence néfaste de ces jeunes sur leurs amis. Une étude récente (Brendgen et autres, 1999) a même démontré que cette influence négative pouvait se faire sentir sur des camarades ne présentant pas de problèmes de comportement.

En résumé, bien que l'étude des relations d'amitié soit très utile pour analyser la dynamique des liens qui se créent au sein d'un groupe de pairs, elle ne représente qu'un aspect permettant de décrire et de comprendre la compétence sociale.

1.2.4 La compétence sociale et le fonctionnement social

Plutôt que de se concentrer essentiellement sur les habiletés sociales, la perception et le jugement de l'environnement social, ou encore sur l'analyse des rapports sociaux, l'approche fonctionnelle de la compétence sociale tente d'intégrer à la fois les processus internes et les conditions propres aux différents contextes sociaux. Cette approche prend donc en considération les buts sociaux et les tâches particulières à un contexte donné; elle met l'accent tant sur les résultats en ce qui concerne le comportement social que sur le processus conduisant à de tels résultats.

L'élaboration de modèles inspirés de la théorie du traitement de l'information qui rendent compte des processus selon lesquels agit la compétence a joué un rôle important dans cette approche. Ainsi, d'après ces modèles, les comportements sociaux découlent d'un processus social et cognitif de résolution de problèmes suivant une séquence d'actions préétablie : détermination du but, évaluation de l'environnement, choix de la stratégie, mise en œuvre de la stratégie, évaluation des résultats et projection des actions ultérieures (Crick et Dodge, 1994; Dodge, 1986; Rubin et Krasnor, 1986; Dodge, 1985). Plusieurs études recensées par Rubin, Coie et leurs collaborateurs (Coie et Dodge, 1998; Rubin, Bukowski et Parker, 1998) démontrent en effet l'existence de liens importants entre les manifestations de la compétence sociale et plusieurs mécanismes sociocognitifs. À cet égard, de nombreuses différences apparaissent entre les enfants qui sont à la fois rejetés et agressifs, et ceux qui ne le sont pas. Ces derniers ont une motivation et des buts comportementaux généralement axés sur l'établissement et le maintien de rapports

sociaux comparativement aux premiers, dont les motivations et les buts peuvent souvent compromettre les rapports sociaux. Ainsi, les enfants dits « rejetés-agressifs » manifesteraient beaucoup plus d'intentions hostiles que les enfants jugés compétents socialement. Cette hostilité se traduirait soit par des visées de domination et de contrôle, soit par une réaction agressive excessive au moment d'affronter des situations socialement ambiguës. Toujours en les comparant à des pairs jugés plus compétents (non rejetés et non agressifs), la recherche a clairement montré que les enfants qui ont des difficultés d'adaptation tendaient, d'une part, à surestimer les avantages que procurent les conduites agressives en minimisant les conséquences négatives de telles conduites sur eux-mêmes (à court, à moyen et à long termes) et, d'autre part, à attribuer plus facilement aux autres des intentions hostiles. L'ensemble de ces tendances fait également en sorte que ces jeunes développent plus facilement leur répertoire de conduites inadéquates, perturbatrices et agressives plutôt que leurs habiletés sociales.

Les enfants inhibés ou isolés socialement présentent pour leur part des tendances différentes par rapport au processus de traitement de l'information. Contrairement aux enfants manifestant beaucoup d'agressivité, ils perçoivent et interprètent correctement les indices sociaux. Par contre, ils se distinguent des autres sur le plan des choix de comportements qui leur apparaissent souvent plus limités encore que ceux des jeunes « agressifs ». Les enfants inhibés socialement tendent également à sous-estimer les conséquences positives d'une conduite socialement adaptée avec leurs pairs (Rubin, 1985, 1982; Rubin et Borwick, 1984).

L'ensemble de ces recherches montre donc très clairement que les différences de comportement et de perception sociale entre les personnes compétentes socialement et les autres reposent en grande partie sur des mécanismes internes guidant le raisonnement social.

Comme nous le verrons en détail plus loin, ces mécanismes se développent pendant l'enfance et l'adolescence dans certaines conditions environnementales et psychologiques. Ces conditions structurent la cognition sociale de façon à permettre au jeune de s'adapter à différents milieux et de poursuivre des buts sociaux positifs, ce qui représente en somme la compétence sociale (Crick et Dodge, 1994). Cette structuration et ce développement des mécanismes sociocognitifs font référence notamment au concept d'autorégulation. Fiske et Taylor (1991) définissent l'autorégulation comme les moyens qu'utilise une personne pour contrôler et mener ses propres actions. Plus précisément, ces auteures soulignent que le processus complet d'autorégulation comprend, pour une situation donnée, la capacité de la personne : 1° de se fixer un but précis; 2° de planifier ses actions en fonction de ce but; 3° de réaliser les actions et 4° d'évaluer et de réajuster, au besoin, les actions entreprises en fonction de ce but. Ce processus est naturellement très similaire à

celui de la résolution des problèmes interpersonnels que nous décrivions précédemment. Sur le plan de la compétence sociale, le processus d'autorégulation intègre des aspects touchant l'attention et le comportement ainsi que des éléments tels que l'autocontrôle des émotions et le sentiment d'autoefficacité (Fiske et Taylor, 1991; Masten et Coatsworth, 1998a). Ce dernier élément est étroitement associé aux notions de sentiment de compétence, d'estime de soi et de concept de soi[2]. L'enfant ou l'adolescent construit donc sa compétence sociale à partir de ces éléments cognitifs, affectifs et comportementaux. Pour y arriver, il faut que son milieu de vie lui permette de construire les bases affectives de cette compétence sociale, qu'il lui offre un encadrement éducatif et des modèles de conduite susceptibles de stimuler et de renforcer les comportements adéquats et leurs bases sociocognitives. En somme, il faut offrir un cadre éducatif, affectif et motivationnel suffisamment solide pour donner l'occasion au jeune de vivre des expériences de vie qui lui permettront de construire et de consolider sa compétence sociale.

Certes, l'intégration conceptuelle et complète des processus comportementaux, cognitifs et affectifs qui sous-tendent la compétence sociale reste encore à faire (Flavell et Miller, 1998; Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Rose-Krasnor, 1997; Crick et Dodge, 1994). Toutefois, à partir des connaissances actuelles, nous pouvons démontrer l'importance de certains mécanismes internes de la compétence sociale qui sont en grande partie forgés à partir de l'environnement socio-affectif et intellectuel de l'enfant.

En résumé, l'analyse des différentes approches de la compétence sociale nous a permis de mettre en évidence la richesse mais également la complexité d'une telle notion. Certains auteurs, rapportés par Rose-Krasnor (1997), invitent à la prudence quant à la comparaison de résultats basés sur des dimensions uniquement sociométriques ou comportementales de la compétence sociale. Le modèle d'analyse idéal serait celui qui combinerait les évaluations sociométriques et comportementales aux mesures sociocognitives appropriées. En effet, si l'on définit la compétence sociale comme l'efficacité dans les interactions sociales, c'est-à-dire la capacité d'atteindre des buts personnels tout en établissant et en maintenant des relations positives avec les autres (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Rose-Krasnor, 1997), on ne peut faire vraiment l'économie de l'une ou l'autre de ces mesures pour comprendre son effet sur la santé et le bien-être de la personne, comme nous le verrons à la section suivante.

2. Le *concept de soi* fait référence à l'ensemble des perceptions que la personne entretient sur elle-même en relation avec différents domaines d'activité (scolaire, sportif, social). L'*estime de soi* réfère à l'évaluation positive et à la valorisation de soi, donc à l'ensemble des attitudes et des sentiments positifs que la personne éprouve à l'égard de ses propres compétences. Il s'agit donc de deux concepts distincts.

2. L'influence de la compétence sociale sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents

Les recherches des vingt-cinq dernières années ont montré que la compétence sociale contribue au développement global et harmonieux des jeunes vivant aussi bien dans un milieu de vie adéquat que dans des conditions d'adversité. L'adversité se définit comme des expériences ou des conditions de vie susceptibles d'engendrer des niveaux indus et élevés de stress chez une personne, et exigeant de cette dernière une adaptation importante (Masten et autres, 1999; Vitaro, Tremblay et Gagnon, 1992). Ces sources intenses de stress peuvent être liées à des événements occasionnels (par exemple accident, hospitalisation ou décès d'un proche), à des transitions de vie (mariage, séparation, changement d'environnement scolaire, déménagement, etc.) ou encore à des conditions de vie persistantes et pouvant compromettre le développement et l'équilibre du jeune (par exemple le manque de ressources financières et matérielles de la famille, des parents peu compétents, abuseurs, négligents ou vivant des problèmes graves de santé mentale, de toxicomanie ou d'alcoolisme). Les conditions socioéconomiques défavorables constituent sans doute la situation d'adversité la plus répandue et la plus importante. On associe souvent la pauvreté de la famille à d'autres facteurs de risque pour l'enfant : le manque de disponibilité d'un ou des deux parents, l'inexpérience et le manque de compétences éducatives de ces derniers, le faible soutien social offert à la famille par le milieu, etc. De plus, McLoyd (1998) souligne que, même lorsque les pratiques éducatives des parents se révèlent adéquates, le manque de ressources matérielles et le faible revenu des familles se révèlent suffisants en soi pour engendrer des conditions de vie susceptibles de compromettre sérieusement le développement physique et psychologique des enfants.

Or, malgré des conditions de vie potentiellement très néfastes durant l'enfance et l'adolescence, il y a des personnes qui se développent normalement, sans manifester de problèmes psychosociaux graves. Ce phénomène, appelé « résilience », intéresse depuis longtemps les intervenants et les chercheurs (Masten et Coatsworth, 1998a). Les études des trente dernières années ont tenté de dresser les caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales de l'enfant ou de l'adolescent « résilient ». Elles ont également cherché à comprendre l'origine et le développement de ces mécanismes de protection permettant de faire face à l'adversité. L'autorégulation et l'autoefficacité, que nous avons décrites précédemment comme des éléments de base de la compétence sociale, figurent parmi les mécanismes mis en évidence par la recherche (recensée par Masten et Coatsworth, 1998a). Ces deux mécanismes interviennent non seulement dans des situations d'interactions sociales avec les pairs, mais également quand il s'agit de répondre aux attentes, aux contraintes et aux conditions posées par les adultes, à la maison comme à l'école. Il existe donc une relation étroite entre les notions de compétence sociale, de compétences

comportementale et scolaire et la « résilience », ces différentes compétences apparaissant parmi les conditions de la « résilience ». De plus, les travaux de Masten et ses collaborateurs (Masten et autres, 1999, 1995; Masten et Coatsworth, 1998b) ont montré que ces compétences sont liées tant conceptuellement qu'empiriquement. L'une de leurs études (Masten et autres, 1995) a notamment mis en évidence le fait que ces trois types de compétence à la fin de l'enfance permettent de prédire, au début de l'âge adulte, le sentiment de compétence et de réussite, notamment au regard des ambitions professionnelles et amoureuses. Cette recherche, comme d'autres que nous décrirons dans le présent chapitre, indique que la compétence sociale serait très étroitement associée à d'autres processus de l'adaptation psychosociale. Toutefois, bien que ces liens apparaissent assez clairement, les mécanismes qui les unissent ne sont pas encore parfaitement décrits (Masten et Coatsworth, 1998a).

2.1 La compétence sociale et la santé mentale

Plusieurs études ont porté sur les liens entre la compétence sociale et diverses dimensions de la santé mentale. Dans l'ensemble, il est jusqu'à un certain point évident que le manque de compétence sociale durant l'enfance, vu sous l'angle des difficultés vécues avec les pairs, constitue un risque pour la santé mentale à l'adolescence et à l'âge adulte (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Coie et autres, 1989).

Tout d'abord, les conclusions d'une recherche de Blechman et de ses collaborateurs (Blechman et autres, 1985) montrent que les enfants qui ont un faible niveau de compétence sociale sont perçus par leurs pairs comme étant malheureux. Par ailleurs, plusieurs dimensions de la compétence sociale en milieu scolaire – comme l'attachement aux amis, la capacité de demander des conseils et du soutien ainsi que la participation à des activités parascolaires –, seraient des variables qui permettraient de distinguer les enfants sains mentalement des autres (Masten et Coatsworth, 1995).

Certaines études, en particulier des études longitudinales, ont montré que les relations difficiles avec les pairs, qui se traduisent souvent par le rejet des pairs, risquent beaucoup d'occasionner ultérieurement des difficultés comme des problèmes de santé mentale en général (Ollendick et autres, 1992) et d'autres problèmes d'externalisation (Bierman et Wargo, 1995; Coie et autres, 1995; Ollendick et autres, 1992; McGee et Williams, 1991), de la délinquance (Ollendick et autres, 1992; Kupersmidt et Coie, 1990; Roff, Sells et Golden, 1972) ainsi que des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues (Ollendick et autres, 1992). Plusieurs études ont fourni l'occasion de mettre en évidence que la conjugaison de manifestations précoces d'agressivité et de rejet social permettait de prédire l'aggravation de problèmes d'externalisation (Bierman et Wargo, 1995; Coie et

autres, 1995). Le rejet des pairs serait donc une conséquence des premiers signes de problèmes d'externalisation qui ne prendraient leur pleine ampleur qu'à l'adolescence ou à l'âge adulte, plutôt que la cause de ces problèmes (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Asher et Parker, 1989).

Par ailleurs, d'autres auteurs ont examiné la combinaison du rejet social et de manifestations plus intériorisées, comme le retrait social ou l'isolement social. La conjugaison du retrait social à de telles manifestations durant l'enfance conduirait à des sentiments de solitude et de dépression, à l'anxiété et au manque de confiance en soi (Rubin et autres, 1995; Rubin et Mills, 1991, 1988; Hymel et autres, 1990) ou à l'aggravation de l'inhibition sociale (Bowen et autres, 1995). D'autres études récentes confirment les effets du rejet des pairs et du retrait social en ce qui concerne la solitude (Renshaw et Brown, 1993), la perception négative de soi sur le plan social à l'adolescence (Morison et Masten, 1991) ainsi que les problèmes d'internalisation (Hoza et autres, 1995).

2.2 La compétence sociale et l'adaptation scolaire

Plusieurs auteurs ont décrit la façon dont la compétence sociale influence l'adaptation scolaire en général (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Asher et Parker, 1989; Ladd, 1989).

Les travaux de Ladd (1989), notamment, montrent clairement comment l'adaptation à l'école est un processus complexe touché par divers facteurs, dont la compétence sociale de l'enfant. En effet, selon cet auteur, l'adaptation au milieu scolaire est influencée tant par les caractéristiques personnelles de l'enfant, dont les habiletés sociales de cet enfant et les modèles d'interaction avec les pairs auxquels il recourt, que par celles de son environnement immédiat.

Ainsi, à l'occasion de l'entrée dans une nouvelle classe, les enfants qui interagissent de façon coopérative avec leurs pairs et qui établissent régulièrement des contacts avec eux sont mieux acceptés par leurs nouveaux camarades de classe. Ils ont également plus de facilité à trouver et à conserver des partenaires de jeu. Les enseignants perçoivent ces enfants comme manifestant un niveau supérieur d'adaptation sociale en classe. Les enfants qui, au contraire, agressent leurs pairs ou ont des interactions négatives avec la majorité d'entre eux ont tendance à être peu appréciés par leurs camarades et sont perçus négativement par les enseignants (Ladd, 1989). Cette réputation négative qu'ont certains enfants, et ce, parfois tôt dans leur vie scolaire, persiste dans le temps et semble les limiter dans le choix de leurs partenaires de jeu, et par conséquent, dans le choix des activités qu'ils mènent au cours de l'année. Ladd affirme de plus que la fréquence et la stabilité des comportements antisociaux, plus souvent observées chez les garçons que chez les filles, laissent prévoir les problèmes d'adaptation en milieu scolaire.

L'auteur insiste toutefois pour souligner que les caractéristiques personnelles de l'enfant ne sont pas le seul facteur en cause dans son adaptation scolaire. Des caractéristiques environnementales touchant tant la famille et l'école que le voisinage joueraient également un rôle important dans la façon dont l'enfant s'adapte à l'école. Ainsi, plusieurs caractéristiques de l'univers des relations interpersonnelles dans lequel évolue l'enfant sont cruciales pour son adaptation scolaire : les occasions de socialisation offertes en milieu familial, le recours à un style démocratique par les parents dans la supervision des contacts avec les pairs, les expériences formelles de socialisation avant le début de la scolarisation, la présence de pairs familiers au moment de l'entrée à l'école et la stabilité des pairs dans le voisinage sont autant d'éléments qui se conjuguent aux habiletés sociales de l'enfant pour faciliter son adaptation au milieu scolaire. Certains de ces éléments seront abordés dans la prochaine section.

Bref, selon Ladd (1989), les enfants qui affichent une bonne compétence sociale, particulièrement au début de leur scolarisation et au moment des transitions scolaires, suscitent des réactions positives non seulement de leurs pairs, mais également de leurs enseignants, ce qui crée un contexte favorable aux apprentissages. Rubin, Bukowski et Parker (1998) abondent dans le même sens en soulignant qu'une piètre compétence sociale, qui se traduit par le rejet des pairs, fait en sorte que certains enfants ne se sentent pas les bienvenus à l'école; le fait d'être rejetés par une majorité de leurs pairs provoquerait chez eux un sentiment d'isolement social. Bien qu'ils aient des amis, les enfants rejetés perçoivent qu'ils en retirent moins de soutien et de satisfaction que les autres enfants (Asher et Parker, 1989). La faible qualité de leurs amitiés ferait en sorte que ces enfants sont privés du soutien nécessaire pour se sentir à l'aise à l'école. L'absentéisme et l'abandon scolaire constitueraient, pour ces élèves, un moyen de se soustraire au rejet de leurs pairs (Rubin, Bukowski et Parker, 1998).

Plusieurs résultats d'études empiriques viennent appuyer en grande partie le modèle que nous venons de décrire. Ainsi, Wentzel et Asher (1995) ont montré que les enfants populaires auprès de leurs pairs sont perçus comme de bons élèves, tandis que les enfants rejetés sont vus comme de mauvais élèves. Ce sont les enfants qui sont à la fois rejetés par leurs pairs et agressifs qui présenteraient le plus de problèmes scolaires; les enfants qui cumulent ces deux caractéristiques manifesteraient en effet peu d'intérêt pour l'école et seraient perçus comme désobéissants, irréfléchis et fauteurs de troubles en milieu scolaire. L'association entre l'appréciation par les pairs et le rendement scolaire est confirmée par des études longitudinales qui ont montré notamment que les élèves peu appréciés par leurs pairs risquaient plus d'échouer que les autres élèves (Ollendick et autres, 1992). Les élèves rejetés par leurs pairs connaîtraient par ailleurs un risque plus élevé de redoublement (Coie et autres, 1992), d'absentéisme (DeRosier, Kupersmidt et Patterson, 1994) et d'abandon scolaire (Ollendick et autres, 1992; Parker et Asher, 1987).

Alors que les études précédentes ont permis d'examiner l'effet du statut sociométrique des élèves par rapport aux pairs de leur classe, d'autres études ont porté sur l'effet des relations plus intimes entre pairs et les caractéristiques des groupes de pairs auxquels s'affiliaient les élèves. Ainsi, une étude longitudinale de Ladd (1990) a permis de constater que les élèves qui ont plusieurs amis au moment de l'entrée à l'école et ceux qui maintiennent leurs liens d'amitié au cours de l'année ont des attitudes plus favorables envers l'école et un bon rendement scolaire. Ces résultats font supposer à l'auteur qu'il existe un lien causal entre l'amitié et les résultats scolaires.

Les auteurs qui ont étudié de plus près les critères d'affiliation avec les pairs ont observé, pour leur part, que les personnes avaient tendance à établir des relations avec d'autres personnes dont les comportements, les attitudes et les valeurs étaient semblables aux leurs (Desbiens et autres, 1998; Kindermann, 1996). Il en va ainsi des élèves qui s'intègrent plus volontiers dans des groupes de pairs ayant une motivation scolaire comparable (Kindermann, 1993) et des élèves qui présentent des troubles du comportement, notamment les enfants agressifs (Desbiens et autres, 1998). Les élèves qui abandonnent l'école seraient, plus souvent que les autres élèves, intégrés dans des groupes de pairs qui valorisent peu l'école (Rubin, Bukowski et Parker, 1998). Deux facteurs auraient ainsi un lien étroit avec l'abandon scolaire : le rejet par les pairs et l'association à des pairs qui accordent peu d'importance au rendement scolaire ainsi qu'à une participation active à la vie scolaire. Certes, comme le soulignent Cairns et ses collaborateurs (Cairns, Cairns et Neckerman, 1989), les élèves qui abandonnent leurs études ne présentent pas tous des problèmes de comportement. Toutefois, comme l'a montré la méta-analyse de Hinshaw (1992), il existe une relation très étroite entre les troubles externalisés de la conduite et l'échec scolaire.

3. La compétence sociale et d'autres déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents

Plusieurs des déterminants de la santé et du bien-être des enfants étudiés dans le présent volume sont réputés avoir un lien avec la compétence sociale. Il en va ainsi de la qualité de la relation affective et éducative entre le parent et son enfant, du concept de soi du jeune, du soutien social que ce jeune reçoit et de la qualité de son environnement scolaire. Sans prétendre à l'exhaustivité, ces éléments représentent des dimensions qui influencent ou sont influencées par la compétence sociale. Il va sans dire à cet égard que ces liens sont souvent bidirectionnels et qu'ils se modifient tant en fonction de l'âge qu'en fonction des contextes sociaux dans lesquels évolue le jeune.

3.1 La relation parents-enfants

3.1.1 La compétence sociale et l'attachement parents-enfants

De nombreux auteurs ont précisé le rôle de l'attachement parents-enfants dans la genèse de la compétence sociale (Rubin, Bukowski et Parker, 1998; Elicker, Englund et Sroufe, 1992; Hartup, 1985). L'attachement sécurisant entre les parents et l'enfant se construit au fur et à mesure que les parents se montrent sensibles aux besoins de l'enfant et y répondent de façon chaleureuse, adéquate et constante (voir le chapitre 1, intitulé *La relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents*). L'enfant intériorise l'image des parents en tant que personnes qui assurent son confort, sa protection ainsi que sa sécurité et il développe ensuite un sentiment de confiance dans cette relation initiale, sentiment qui se généralise à d'autres personnes et à d'autres contextes (Parent et Saucier, 1999).

Cette confiance favorise l'exploration de l'environnement, notamment l'environnement social. L'enfant qui développe un attachement anxieux plutôt que sécurisant est souvent craintif et méfiant lorsqu'il doit vivre de nouvelles situations et rencontrer de nouvelles personnes; il perçoit ses pairs comme hostiles et a tendance à réagir agressivement à leurs comportements qu'il voit comme menaçants. L'enfant qui développe un mode d'attachement marqué par l'ambivalence et l'insécurité craint sans cesse d'être rejeté, cette crainte se traduisant par une dépendance extrême à l'endroit des adultes et par le retrait devant les occasions d'interactions avec les pairs (Rubin, Bukowski et Parker, 1998).

En bref, la qualité de la relation d'attachement constitue la base à partir de laquelle l'enfant développe facilement, ou difficilement, une confiance en sa capacité d'établir et de maintenir des rapports sociaux positifs. Cela vient renforcer non seulement son image de lui-même, mais également son sentiment de compétence et d'autoefficacité sur le plan social (Masten et Coatsworth, 1998a).

Plusieurs recherches, recensées par Rubin, Bukowski et Parker (1998), tendent en effet à confirmer les liens entre le type d'attachement parents-enfants et le niveau de compétence sociale manifesté par les enfants à différentes étapes de l'enfance. Ainsi, les enfants qui ont construit un attachement sécurisant manifesteraient davantage de comportements socialement compétents que les enfants dont la relation d'attachement est marquée par l'anxiété ou l'ambivalence, et ce, durant toute leur enfance. Les enfants dont le mode d'attachement est marqué par l'anxiété manifesteraient davantage de colère, d'hostilité et d'agressivité que les enfants dont l'attachement est sécurisant. Pour leur part, les enfants dont l'attachement est ambivalent seraient plaignards, facilement frustrés et inhibés socialement; plus tard, ces enfants manqueraient de confiance en eux, auraient de la difficulté à s'imposer et manifesteraient des comportements de retrait social. Il y aurait par ailleurs

une relation positive entre l'attachement sécurisant et la popularité à différentes étapes de l'enfance ainsi qu'entre l'attachement sécurisant et la qualité des liens d'amitié que les enfants nouent avec leurs pairs (Rubin, Bukowski et Parker, 1998). Ces résultats indiquent que la qualité de la relation d'attachement aurait un effet direct à moyen et à long termes sur le développement de la compétence sociale. Toutefois, malgré l'importance que revêtent la qualité de la relation initiale entre les parents et l'enfant ainsi que la stabilité de cette relation, il semble évident que l'attachement ne contribue pas directement à la compétence sociale au-delà de la période préscolaire (Elicker, Englund et Sroufe, 1992). Comme nous le verrons dans la prochaine section, ce sont plutôt les comportements éducatifs des parents (et des autres adultes éducateurs) à l'égard de leur enfant qui constituent l'un des facteurs déterminants dans le développement de la compétence sociale pendant l'enfance et l'adolescence.

3.1.2 La compétence sociale et les comportements éducatifs des parents

Les comportements éducatifs qu'adoptent les parents exercent une influence majeure sur le développement de la compétence sociale de l'enfant. Ainsi, la discipline exercée par les parents, la création d'occasions de contacts avec les pairs, la supervision de ces interactions ainsi que l'entraînement à différentes tâches sociales sont autant d'éléments qui relèvent des parents et qui sont susceptibles de favoriser le développement graduel de la compétence sociale de l'enfant et, de façon ultime, la qualité des relations que cet enfant entretient avec ses pairs (Pettit et Mize, 1993). Des recherches ont en effet montré que les enfants qui faisaient l'objet d'une supervision consistante manifestaient moins de comportements d'hostilité envers leurs pairs. Par ailleurs, les enfants dont les parents favorisaient les contacts avec les pairs et supervisaient ces contacts étaient plus appréciés par leurs pairs. D'autres recherches ont montré que les mères des enfants populaires supervisaient plus activement les activités de leur enfant avec des pairs, qu'elles lui enseignaient des stratégies de résolution des problèmes et l'encourageaient à les utiliser (voir le chapitre 1, intitulé *La relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents*, ainsi que Rubin, Bukowski et Parker, 1998).

D'autres études ont montré que beaucoup d'enfants rejetés ou impopulaires avaient été l'objet d'une discipline inappropriée, rigide et autoritaire de la part de leurs parents; les enfants populaires, pour leur part, avaient fait l'expérience d'une discipline pondérée, empreinte de sensibilité et qui laissait place au raisonnement et à la réflexion. Les enfants agressifs auraient par ailleurs une plus forte probabilité que leurs parents aient renforcé leurs comportements agressifs et impulsifs, que ces derniers aient fait montre de froideur et de rejet à leur endroit, qu'ils aient fait appel à la punition physique et qu'ils aient exercé une discipline inconsistante. À l'opposé, d'autres enfants agressifs ont été exposés à la permissivité extrême de leurs parents, à une indulgence exagérée et à une supervision déficiente. Il est aisé

de concevoir que la tolérance des comportements agressifs de l'enfant ou l'ignorance de tels comportements peuvent constituer un encouragement explicite ou tacite à ces agissements (voir le chapitre 1). Par ailleurs, les pratiques disciplinaires qui donnent lieu à un contrôle exagéré des comportements de l'enfant et à la surprotection favoriseraient la timidité, le retrait social et la dépendance; le contrôle et la surprotection limiteraient l'univers social de l'enfant en réduisant les occasions de contacts sociaux ainsi que la diversité des moyens utilisés pour résoudre des problèmes relationnels (Bowen et autres, 1995; Rubin et Mills, 1991). De nouvelles études devront cependant venir préciser le lien entre le contrôle ou la surprotection des parents et le retrait social.

En résumé, les pratiques disciplinaires trop rigides, surprotectrices ou, à l'opposé, trop permissives, ne faciliteraient pas le développement des mécanismes d'autorégulation affective et comportementale essentiels à la compétence sociale. Masten et Coatsworth (1998a) soulignent à cet égard que la capacité de se conformer aux attentes des parents et des adultes éducateurs constitue l'une des premières étapes menant au développement de mécanismes adaptatifs plus complexes. Pour permettre à l'enfant d'intérioriser ces mécanismes, il faut notamment lui offrir un encadrement suffisamment solide, mais capable d'ajustements, combiné à une relation affective chaleureuse.

3.2 La compétence sociale et le concept de soi

Fetro (1994), dans un essai théorique, établit un lien entre la compétence sociale et l'estime de soi. Selon cet auteur, les enfants ayant une bonne estime d'eux-mêmes sont capables d'affronter de nouvelles expériences, de développer leurs talents ou leurs habiletés, de rencontrer de nouveaux amis et de vivre une plus grande intimité dans leurs relations amicales, nouvelles ou anciennes. Le plus important, c'est qu'une bonne estime de soi agit directement sur les habiletés à prendre des décisions éclairées, à communiquer efficacement, à gérer le stress ainsi qu'à se fixer et à atteindre des objectifs personnels. Par conséquent, une bonne estime de soi constituerait un élément essentiel pour outiller les enfants à se sentir responsables de leur vie et à savoir utiliser leurs compétences personnelles et sociales.

Bijstra et ses collaborateurs (Bijstra, Bosma et Jackson, 1994) ont, pour leur part, tenté de préciser les liens qui existent entre les habiletés sociales et certains indicateurs de fonctionnement social chez les adolescents, dont l'estime de soi. Ces auteurs concluent que, plus les adolescents sont anxieux dans leurs relations sociales, plus leur estime de soi est faible; à l'inverse, plus les adolescents se montrent actifs dans de telles situations, plus leur estime de soi s'avère élevée.

Bien que les études empiriques démontrent qu'effectivement, une faible estime de soi est fortement liée à l'anxiété (Rubin et Mills, 1991), elle est cependant faiblement liée à la performance sociale des enfants et des adolescents. Qui plus

est, les recherches recensées par Rubin, Bukowski et Parker (1998) tendent à démontrer que seuls les enfants qui sont à la fois rejetés et isolés socialement auraient une perception négative de leurs habiletés sociales; les enfants rejetés et agressifs, pour leur part, n'auraient pas une telle perception négative de leur compétence sur le plan social (Rubin, Bukowski et Parker, 1998). Ces résultats donnent à penser que, exception faite des enfants isolés socialement et rejetés par leurs pairs, le lien entre l'estime de soi et la compétence sociale serait plutôt indirect et modulé par plusieurs facteurs intermédiaires. Certes, les personnes considérées comme compétentes socialement auraient, en général, une bonne estime d'elles-mêmes. Mais il peut également en être de même d'une personne ayant des conduites socialement inadéquates. Pour comprendre cette apparente contradiction, il faut savoir tout d'abord que le concept de soi sur lequel repose en partie l'estime de soi se bâtit durant l'enfance et l'adolescence à partir d'une pluralité de dimensions (Harter, 1985). La dimension sociale n'est qu'une des dimensions associées à des sentiments de compétence particuliers, que cette compétence soit d'ordre scolaire, physique, athlétique, comportemental ou autre. Nous avons vu également dans les sections précédentes que les jeunes ayant des conduites inadéquates pouvaient être soutenus et renforcés dans ces conduites par une partie importante de leur environnement social. De plus, si ces conduites amènent des avantages à court terme à celui qui les adopte, ce résultat n'affectera pas nécessairement de façon négative son sentiment de compétence.

En somme, l'élaboration du concept de soi dépend de plusieurs facteurs, dont l'expression de la compétence sociale, mais cette influence est loin d'être la seule. Quant à savoir si un bon concept de soi favorise la compétence sociale, la question demeure entière.

3.3 La compétence sociale et le soutien social

Il y aurait un lien entre le soutien social, c'est-à-dire les interactions par lesquelles l'enfant échange différentes formes d'aide et de ressources, et la compétence sociale vue sous l'angle de la capacité de réaliser avec succès différentes tâches sociales; il existe par ailleurs un lien entre ces deux déterminants de la santé et du bien-être des enfants et un troisième déterminant : l'attachement. Selon le modèle élaboré par Bost et autres (1998), un attachement sécurisant à ses parents permet à l'enfant d'expérimenter un modèle à partir duquel il nouera de nouvelles relations susceptibles de lui apporter différentes formes de soutien. Parallèlement, l'attachement sécurisant permet à l'enfant d'adopter les attitudes et les comportements qui le mèneront à des interactions sociales positives et satisfaisantes. La compétence sociale, pour sa part, serait favorisée par la qualité de l'attachement parents-enfants et par la qualité du système de soutien social, en particulier le soutien familial, qui entoure l'enfant au début de sa vie. Autrement dit, l'enfant développe sa compétence sociale à partir de la sécurité acquise dans la relation avec ses parents et à

partir de la qualité du soutien relationnel, expérimenté particulièrement avec les membres de sa famille. Par la suite, la compétence sociale de l'enfant constituera un atout majeur lui permettant d'enrichir le système de soutien social dont il s'entoure et de tirer satisfaction du soutien social reçu. Cela pourrait également lui permettre de créer des liens positifs avec d'autres adultes. Les études recensées par Vitaro et ses collaborateurs (Vitaro et autres, 1994) indiquent que des liens solides et importants avec d'autres adultes que les parents constitueraient un facteur de protection contre les problèmes psychosociaux. Une étude récente (Boily et Bowen, 1998) montre que de bonnes relations avec les adultes en milieu scolaire constituent un élément essentiel du sentiment d'appartenance à ce milieu.

Le soutien social contribuerait donc, jusqu'à un certain point, à créer un terrain propice au développement de la compétence sociale qui, à son tour, permettrait aux enfants et aux adolescents de s'entourer d'un soutien social satisfaisant. À ce titre, la compétence sociale contribuerait aux effets bénéfiques associés au soutien social, notamment en ce qui concerne la santé physique et mentale des personnes (voir le chapitre 3, intitulé *Le soutien social*).

3.4 La compétence sociale et l'environnement scolaire

Bien que le milieu familial exerce une influence majeure, en particulier durant la période préscolaire, il faut néanmoins souligner que le milieu scolaire, avec ses exigences, ses défis mais également son remarquable contexte de socialisation – avec des pairs et des adultes –, constitue une pièce maîtresse dans la construction de la compétence sociale. Sans nier l'importante influence des parents durant toute l'enfance et l'adolescence, plusieurs études ont tenté de déterminer quels éléments de l'environnement scolaire pouvaient affecter positivement ou négativement la socialisation du jeune. Dans cette perspective, les recherches menées au cours des vingt-cinq dernières années ont montré que les élèves qui recevaient un enseignement leur permettant d'organiser leurs apprentissages, de gérer des processus de résolution de problèmes et d'apprendre à partir des échanges avec les autres élèves obtiennent les meilleurs résultats sur les plans de l'adaptation sociale et de la réussite scolaire (Bear, 1998; Cameron, 1998; Slavin, 1994). Ces méthodes, comprenant notamment l'apprentissage coopératif (ou en groupe restreint), le tutorat par les pairs, la pédagogie par projets ainsi que tout autre mode d'enseignement dans lequel l'élève est actif et contrôle ses apprentissages, permettent à celui-ci d'apprendre à son rythme et de maintenir plus facilement ses acquis.

De plus, une gestion active de la classe contribue également à créer un climat propice aux apprentissages et à la socialisation (Bear, 1998; Cameron, 1998; Hawkins et Weis, 1985). Ainsi, l'établissement de règles claires, de conséquences logiques – tant positives que négatives – concernant l'adoption d'un comportement acceptable ou non, de règles de vie et de fonctionnement en classe qui

permettent aux élèves de participer et d'assumer des responsabilités sont autant de conditions qui favorisent un climat positif dans la classe. À l'instar des interventions parentales décrites plus haut, ce type de gestion d'une classe contribue à réduire l'escalade des rapports de force, très souvent à l'origine de l'aggravation des problèmes de comportement chez certains élèves, tout en permettant à ces derniers de se responsabiliser et de trouver une solution ou une réparation aux actes inadéquats qu'ils ont posés. Une telle organisation des règles de vie en classe facilite également la mise en œuvre de méthodes d'enseignement visant une plus grande participation des élèves à leur processus d'apprentissage. Ces règles de vie ont d'autant plus de chances de créer des effets positifs et préventifs si elles sont appuyées par un code de vie similaire dans l'ensemble de l'environnement scolaire (Hawkins et Weis, 1985). En somme, ces règles de vie et de discipline doivent miser avant tout sur le respect et la protection de tous, mais également sur la promotion et le renforcement des comportements positifs et des réalisations de l'élève.

Il va sans dire que ces règles de vie et de gestion de la classe doivent également contribuer à créer et à maintenir un contexte d'apprentissage où les influences bénéfiques des pairs, que nous avons décrites dans les sections précédentes, se feront sentir de façon importante.

Les transitions en milieu scolaire représentent un autre facteur non négligeable en tant qu'élément pouvant déclencher ou exacerber les tensions chez certains élèves, tensions susceptibles de provoquer des conduites agressives ou le retrait (Lochman et The Conduct Problems Prevention Research Group, 1995; Felner et autres, 1993; Elias, Gara et Ubriaco, 1985). Ces transitions se produisent à l'occasion du passage de la maternelle à la première année et au moment du passage du primaire au secondaire. Le passage d'un ordre d'enseignement à un autre crée par la force des choses une situation où il faut s'adapter à un nouvel environnement sur les plans physique – très souvent une école beaucoup plus grande que la précédente –, social – par exemple la modification du réseau social des pairs, l'influence accrue des élèves plus âgés – et intellectuel – par exemple la multiplication des matières scolaires, des enseignants et des exigences pour la réussite. Nous verrons dans la section suivante qu'il existe des interventions visant à diminuer les effets potentiellement négatifs de ces transitions.

Finalement, les études recensées par Claes et Comeau (1996) montrent qu'il y a des avantages évidents pour les élèves comme pour les parents à accroître la participation ou l'engagement des parents dans la vie scolaire : amélioration du rendement scolaire; diminution de l'absentéisme; attitude plus positive de l'élève à l'égard de l'école; satisfaction accrue des parents envers l'école; plus grande confiance des parents à l'égard de leurs habiletés éducatives; confiance manifeste envers les enseignants; attitudes plus positives des enseignants envers les parents et envers leur propre pratique professionnelle. Le chapitre 7, consacré à l'environnement

scolaire, décrit de façon détaillée les facteurs favorables ou défavorables à l'établissement de liens positifs entre le milieu familial et le milieu scolaire.

Ainsi, il existe une pluralité de facteurs et de situations qui contribuent positivement ou négativement au développement de la compétence sociale, à partir de la prime enfance jusqu'à l'adolescence. Notre réflexion nous a permis de préciser plusieurs des éléments à prendre en considération lorsqu'il s'agit de promouvoir, dans le cadre d'une intervention planifiée et soutenue, la compétence sociale. La prochaine section présente un échantillonnage de ce type de programmes.

---

4. La promotion de la compétence sociale en milieu scolaire et la prévention dans le domaine

Il existe un nombre important de programmes visant la promotion de la compétence sociale, ce qui témoigne de la préoccupation des chercheurs et des praticiens à l'égard de cette dimension dans le développement des enfants et des adolescents. Les programmes décrits dans la présente section sont parmi ceux qui font partie des voies d'intervention prometteuses. Tous récents et fondés sur un modèle théorique articulé par rapport au développement de la compétence sociale, ils sont également bien documentés, et ils ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses et systématiques (utilisation d'un devis expérimental ou quasi-expérimental, utilisation d'instruments de mesure validés, implantation dans plusieurs écoles, second post-test ou analyse longitudinale, etc.). Ces études rapportent également, dans presque tous les cas, de nombreuses données concernant le processus d'implantation et la qualité de la mise en œuvre de l'intervention. La présentation que nous en faisons n'est cependant nullement exhaustive. D'autres excellents programmes auraient pu faire partie de notre sélection mais nous avons préféré, pour des raisons d'espace, miser plutôt sur la diversité et donner une description de leur mise en œuvre. Le lecteur désireux d'en savoir plus sur tous ces programmes, leur mise en œuvre et leurs retombées pourra consulter l'analyse réalisée par Bowen et ses collaborateurs (Bowen et autres, 2000a). Il faut noter par ailleurs que certaines de ces interventions visent essentiellement la prévention de la violence en milieu scolaire. Il apparaît toutefois que ces programmes utilisent comme principale stratégie préventive la promotion d'habiletés ou de dimensions associées à la compétence sociale. Miller et ses collaborateurs (Miller, Brehm et Whitehouse, 1998) soulignent à cet égard qu'en plus de réduire les facteurs de risque, les programmes qui font la promotion des facteurs de protection ont le plus de chances d'atteindre leurs objectifs.

Pour des raisons pratiques autant que conceptuelles, l'école apparaît un endroit de choix pour la mise en œuvre de programmes concernant la compétence sociale. D'une part, l'école est l'un des principaux milieux de vie des jeunes qui y

passent, obligatoirement, une grande partie de leur temps. D'autre part, l'école est un milieu propice au développement et à l'apprentissage d'habiletés et de nouveaux comportements. Son importance comme contexte et agent de socialisation en fait donc un lieu privilégié pour accueillir les efforts de promotion et de prévention (Bowen et autres, 2000a; Durlak, 1995). Miller, Brehm et Whitehouse (1998) proposent trois catégories pour répertorier les programmes expérimentés en milieu scolaire visant à la fois le développement de la compétence sociale et la prévention de la violence :

- les programmes d'intervention menés en classe;
- les programmes d'intervention centrés sur l'environnement scolaire;
- les programmes d'intervention multimodale.

Les programmes de la première catégorie tentent principalement de réduire les comportements inadéquats et de favoriser le développement des compétences, tant personnelles que sociales, des enfants et des adolescents. Le contenu et les activités de ces programmes relèvent généralement du titulaire de la classe. La deuxième catégorie de programmes de promotion est centrée sur les changements à apporter à l'environnement scolaire afin d'améliorer ce milieu de vie et de favoriser, directement comme indirectement, l'acquisition d'habiletés particulières par les jeunes. Finalement, la troisième catégorie regroupe les programmes qui privilégient des interventions non seulement à l'école, mais également dans les familles et la communauté. En tenant compte de l'interaction entre les différents écosystèmes que sont la famille, l'école, les pairs et la communauté, ces programmes proposent une intervention systémique visant la modification des diverses conditions qui affectent le développement des compétences de l'enfant.

4.1 Les programmes d'intervention menés en classe

Les programmes d'intervention menés en classe visent essentiellement, d'une part, le développement ou le renforcement d'habiletés sociales, affectives et cognitives chez les enfants et les adolescents et, d'autre part, la réduction des comportements inadéquats ou violents. La plupart des activités sont centrées sur l'adoption de conduites socialement acceptables, la régulation des émotions et l'acquisition d'habiletés sociocognitives, incluant des stratégies d'autocontrôle et de résolution de problèmes interpersonnels.

Second Step: A Violence Prevention Curriculum

La première étude à retenir notre attention est celle de Grossman et de ses collaborateurs (1997), qui ont appliqué et évalué le programme *Second Step : A violence Prevention Curriculum* auprès d'élèves de deuxième et troisième années du primaire. Privilégiant une approche axée sur le jeu de rôle et la discussion, ce programme

comporte une trentaine d'activités animées par les enseignants sur les thèmes de l'empathie, de l'autocontrôle, de la gestion de la colère et de la résolution de conflits interpersonnels. L'analyse des mesures d'observation indique une diminution de l'agressivité et un accroissement des conduites socialement acceptables et neutres chez les élèves du groupe expérimental entre le début et la fin de l'intervention. Le groupe témoin, pour sa part, a enregistré une hausse des conduites agressives et une relative stabilité sur le plan des conduites socialement acceptables ou neutres. L'analyse révèle de plus que les effets positifs obtenus avec le groupe expérimental se maintiennent après six mois.

Good Behavior Game

Dans leur étude sur la réduction des comportements de retrait et d'agression, Kellam, Dolan et leurs collaborateurs (Kellam et autres, 1994; Dolan et autres, 1993) ont évalué les effets d'un programme appelé *Good Behavior Game*. L'analyse du programme, offert en première et deuxième années du primaire, est particulièrement intéressante puisqu'elle examine l'effet à long terme, c'est-à-dire jusqu'à la fin du primaire, d'une intervention menée sur deux années consécutives dans 19 écoles auprès de 1 197 élèves. Les activités proposées sont intégrées au programme scolaire et animées par les enseignants qui ont reçu une formation d'une quarantaine d'heures. Regroupés en petites équipes qui comprennent un ou deux élèves considérés comme très agressifs ou turbulents, les jeunes participent à différents jeux au cours desquels ils doivent éviter les comportements perturbateurs. L'adoption de tels comportements entraîne des points de pénalité pour l'équipe. De plus, des procédures de renforcement de groupe sont prévues pour les équipes gagnantes ayant accumulé moins de cinq points. Dès la première année du programme *Good Behavior Game*, l'évaluation des enseignants et des pairs permet de constater une baisse des conduites agressives et des comportements de retrait social, tant chez les garçons que chez les filles. En comparaison, les élèves du groupe témoin ont pour leur part maintenu ou augmenté ces mêmes conduites durant l'année scolaire (Dolan et autres, 1993). L'évaluation faite par Kellam et ses collaborateurs (Kellam et autres, 1994) indique que ces effets se maintiennent après la deuxième année d'intervention et tout au long du primaire. Leur analyse montre que les garçons du groupe expérimental connaissent une très légère hausse sur le plan des conduites agressives entre le début et la fin du primaire. Toutefois, cette hausse est beaucoup plus marquée chez les garçons du groupe témoin. Les effets sont encore plus positifs chez les garçons évalués comme très agressifs par leur enseignant au début du primaire. Les participants au programme connaissent une baisse significative de leur niveau d'agressivité, évalué par l'enseignant, par rapport à ceux du groupe témoin, qui ne connaissent pas une telle baisse. Les effets à long terme ne semblent toutefois pas se faire sentir chez les filles, quel que soit leur profil comportemental.

PATHS Curriculum: Promoting Alternative Thinking Strategies

Élaboré et conçu essentiellement par Kusché et Greenberg (1995; voir aussi Greenberg, Kusché et Mihalic, 1998), le programme *PATHS Curriculum* propose une série de soixante activités ou leçons destinées aux élèves du primaire et visant la promotion du contrôle de soi, de l'identification et de l'expression des émotions ainsi que des habiletés à résoudre des problèmes interpersonnels. Les contenus de ce programme et la démarche présentée reposent sur l'intégration conceptuelle de cinq modèles :

- le modèle ABCD (*Affective-Behavioral-Cognitive-Developmental*), qui propose une intégration du développement affectif, cognitif, langagier et comportemental à la base de la compétence sociale ;
- le modèle « écosystémique » mettant l'accent sur la possibilité de transférer les habiletés acquises en classe à d'autres milieux de vie ;
- le modèle neurologique, qui insiste sur le développement et l'intégration des structures du cortex associées au langage, aux émotions et à la cognition, et qui faciliterait notamment l'expression du contrôle de soi ;
- le modèle psychodynamique appliqué à l'éducation, qui propose que l'adulte accorde de l'importance à la vie affective de l'enfant et l'aide à intérioriser des valeurs et des conduites susceptibles d'accroître son adaptation psychosociale ;
- le modèle de l'éveil et de la conscience des émotions (*emotional awareness*), qui soutient que ceux qui sont véritablement en contact avec leurs émotions sont susceptibles de faire des choix adéquats dans leur vie et leurs rapports interpersonnels.

Les effets du programme *PATHS Curriculum* ont été mesurés auprès de groupes scolaires réguliers (Greenberg et autres, 1995) ou présentant des besoins particuliers (Greenberg et Kusché, 1999 ; Greenberg et autres, 1995). La première étude a été menée auprès d'élèves des deuxième et troisième années du primaire dans deux écoles de Seattle (Greenberg et autres, 1995). Les enseignantes du groupe expérimental ont reçu une formation intensive de trois jours donnée par l'équipe qui a conçu le programme. Ces formateurs ont ensuite observé sur une base hebdomadaire les enseignantes pendant qu'elles animaient les activités – trois ou quatre fois par semaine, d'octobre à mai. L'analyse des mesures prises avant et après l'intervention (mesures prétest et post-test) montre clairement que les élèves du groupe expérimental (classes régulières et spéciales) réalisent des gains significatifs par rapport aux élèves du groupe témoin. Ces gains concernent leurs habiletés à nommer leurs émotions, à les gérer de façon adéquate ainsi qu'à mieux comprendre la façon dont naissent ces émotions et leurs conséquences (positives ou négatives), sur eux-mêmes comme sur les autres. Les résultats positifs concernant la gestion adéquate des émotions semblent également se faire sentir chez les

élèves qui présentaient, selon une évaluation de leur enseignante, plusieurs problèmes externalisés ou internalisés. Finalement, une évaluation des élèves des classes spéciales, faite deux ans après l'intervention, indique que l'augmentation des problèmes externalisés ou internalisés est beaucoup moins grande chez ces jeunes que chez ceux du groupe témoin (Greenberg et Kusché, 1999). Le *PATHS Curriculum* semble donc clairement atteindre ses objectifs en ce qui concerne le développement des habiletés d'une personne à gérer et à contrôler ses émotions. Sa souplesse permet également de l'adapter avec succès aux élèves présentant des besoins particuliers.

Compétence sociale à la maternelle et Habiletés prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire

Au Québec, deux programmes, *Compétence sociale à la maternelle* (Bélanger, Bowen et Rondeau, 1999) et *Habiletés prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire* (Bowen et Laurendeau, 1996; Lapointe, Bowen et Laurendeau, 1993a/1996a, 1993b/1996b, 1993c/1996c), ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses (Bowen et autres, 2001; Bowen et autres, 2000b). Les programmes ont été conçus et évalués par une équipe dont les membres venaient de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et de l'Université de Montréal. Leurs auteurs se sont inspirés de modèles ayant démontré leur efficacité à court et à long termes (Shure, 1996; Elias et Clabby, 1992; Elias et autres, 1991; Elias et autres, 1986), soit les approches préventives de Shure et Spivack (1988 – *Interpersonal Cognitive Problem-Solving* [ICPS]), ainsi que de Elias et de ses collaborateurs (Elias et Clabby, 1992; Elias et Weissberg, 1989 – *Improving Social Awareness and Social Problem-Solving Program* [ISA-SPS]). Ces deux approches privilégient le développement des habiletés comportementales et sociocognitives permettant de développer ou de renforcer la maîtrise des processus de résolution de problèmes interpersonnels. Les activités s'insèrent au sein du programme scolaire et sont animées sur une base régulière par l'enseignant. Ces programmes se distinguent cependant des programmes américains par la place prépondérante qu'occupent les contes et la littérature enfantine, en particulier pour les activités au premier cycle du primaire. Cette démarche permet d'acquérir le niveau de langage qui facilitera le processus de résolution de problèmes (Shure et Spivack, 1988) ainsi que les modes de raisonnement qui le sous-tendent (Elias et Clabby, 1992).

On a évalué l'implantation et les effets des programmes dans des classes de treize écoles de l'île de Montréal (sept écoles expérimentales et six écoles témoins). L'analyse des effets indique que des gains significatifs ont été réalisés, dès la première année de la mise en œuvre du programme, par les élèves du groupe expérimental quand on compare ces derniers à ceux du groupe témoin en ce qui concerne les habiletés à résoudre les conflits interpersonnels (maternelle et premier cycle –

mesures autorévélées et évaluations de l'enseignante), l'estime de soi (maternelle – évaluations de l'enseignante) et les conduites socialement acceptables (premier cycle – évaluations de l'enseignante). Ces résultats ont été observés quel que soit le niveau socioéconomique des groupes scolaires (Bowen et autres, 2000a; Bélanger, Bowen et Rondeau, 1999). Un second test a été effectué, soit six mois après la fin du programme d'un an ou à la fin de la deuxième année du programme de deux ans, auprès de sous-groupes d'élèves. Les analyses ont permis notamment de constater que les garçons du groupe expérimental maintenaient ou augmentaient les gains réalisés sur les plans des conduites socialement acceptables et des habiletés à résoudre les conflits interpersonnels. Elles révèlent également que les élèves, garçons et filles, ayant bénéficié du programme pendant deux années consécutives obtiennent de meilleures évaluations sur le plan des conduites socialement acceptables par rapport aux élèves qui en ont bénéficié pendant une seule année (Bowen et autres, 2001). Cette étude a permis de mettre également en évidence l'importance du niveau de motivation des enseignants dans l'application et la réussite du programme.

Développement des habiletés psychosociales chez les jeunes adolescents : Programme Sac à dos

Conçu principalement par Violaine Ayotte (Ayotte, Djandji et Asselin, 2000; Ayotte, 1994), de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, le programme *Sac à dos* propose une série de dix-huit leçons de soixante minutes chacune, destinées aux élèves de la première année du secondaire et animées par le professeur de formation personnelle et sociale (FPS). Les activités proposées visent dans l'ensemble à développer et à soutenir des compétences ou des habiletés facilitant l'adaptation psychosociale des élèves pendant leur première année au secondaire. Cinq thèmes sont abordés :

- le sentiment de sécurité psychologique (découverte d'un nouvel environnement éducatif, gestion des événements stressants);
- le développement du sentiment de pouvoir sur la réussite scolaire de l'élève (croyances, buts, attributions, stratégies);
- le développement des habiletés à coopérer;
- la détermination de buts personnels et scolaires importants;
- l'acquisition d'habiletés à résoudre les problèmes scolaires et interpersonnels.

Les activités du cinquième thème s'inspirent de celles qui sont proposées par Weissberg et ses collaborateurs (Weissberg et autres, 1990).

Ayotte et ses collaborateurs (Ayotte et autres, à paraître; Ayotte et Laurendeau, 1999) ont évalué une première version du programme auprès de 611 élèves de la première année du secondaire (33 classes réparties dans 5 écoles). Pour leur

part, 285 élèves (16 classes réparties dans 3 écoles) du même niveau scolaire ont constitué le groupe témoin. Une vingtaine d'enseignants d'écoles secondaires de l'île de Montréal ont reçu une formation d'une journée sur le programme, offerte par deux psychologues. Ces derniers ont également assuré un soutien aux enseignants tout au long de l'année scolaire. Les analyses ont permis de constater que le programme avait plusieurs retombées positives (mesures autorévélées) : d'abord, la diminution des conduites agressives et des problèmes de comportement, ensuite, l'amélioration des différentes composantes du concept de soi sur les plans scolaire et personnel ainsi que la diminution des problèmes d'attention et de retrait social. Les chercheurs attribuent par ailleurs l'absence d'effets significatifs concernant le soutien social et la résolution de problèmes au fait que seulement trois enseignants sur vingt ont pu aborder ce thème (Ayotte et autres, à paraître ; Ayotte et Laurendeau, 1999).

Le constat globalement positif établi par les chercheurs doit cependant être nuancé en raison des réactions inattendues observées auprès des élèves du groupe expérimental, dont un des parents avait eu un accident ou une maladie grave pendant l'année scolaire. Comparativement aux élèves du groupe témoin ayant vécu le même type d'événement, les élèves de ce sous-groupe expérimental présentent des résultats qui vont à l'encontre de ce qu'on espérait (baisse du concept de soi scolaire et du sentiment d'honnêteté personnelle ; augmentation des problèmes d'attention et de retrait social). Ces résultats, pour le moins inquiétants, pourraient s'expliquer, d'une part, par les sentiments aigus d'impuissance et de vulnérabilité vécus par le jeune dont le parent est gravement malade et, d'autre part, par le fait que le programme comporte plusieurs éléments de nature introspective, pouvant exacerber un tel sentiment et accroître la perception négative du jeune à son propre égard (toutes les mesures des effets étaient autorévélées). À la suite de cette analyse (Ayotte et autres, à paraître ; Ayotte et Laurendeau, 1999), des corrections importantes ont été apportées au programme, qui en est à sa deuxième version, afin de reconnaître les élèves pouvant vivre une telle situation et de leur offrir un soutien important au lieu de les placer dans des situations qui pourraient accroître les sentiments négatifs à leur propre égard (Ayotte, Djandji et Asselin, 2000).

4.2 Les programmes d'intervention centrés sur l'environnement scolaire

Les liens entre l'expérience scolaire et l'adaptation, ou l'inadaptation sociale des enfants, de même que ceux qui unissent l'organisation scolaire et les apprentissages, sont aujourd'hui bien connus (voir le chapitre 7, intitulé *L'environnement scolaire*). Plusieurs études ont en effet montré que les conduites sociales des élèves diffèrent d'une école à l'autre selon la qualité des milieux scolaires. Outre les facteurs organisationnels liés par exemple à la grosseur de l'école et des classes (Rutter, 1983),

les caractéristiques de l'enseignant, la façon dont il gère sa classe, les mesures disciplinaires qu'il privilégie, les conditions de vie des élèves et le climat de la classe représentent tous des facteurs particulièrement influents sur l'expérience scolaire des jeunes (Entwisle, 1990; Gottfredson et Gottfredson, 1985; Rutter, 1983). Des programmes ont donc été élaborés tant afin d'accroître et de consolider les compétences des enseignants et autres acteurs du milieu scolaire qu'afin d'accroître la qualité de vie des jeunes dans ce milieu. Le postulat central de ce type d'intervention est qu'un environnement socioéducatif de qualité contribue au bien-être du jeune en plus de favoriser ou de consolider le développement de plusieurs habiletés à la base de la compétence sociale (Janosz, Georges et Parent, 1998; Miller, Brehm et Whitehouse, 1998).

Positive Action Through Holistic Education (PATHE)

Le programme PATHE (*Positive Action Through Holistic Education*) constitue un bon exemple du type d'interventions qui visent à accroître tant les compétences des élèves que celles des enseignants et autres acteurs du milieu scolaire (Gottfredson, Gottfredson et Hybl, 1993; Gottfredson, 1986). L'objectif de ce programme est de développer et de renforcer chez les enseignants les pratiques facilitant le fonctionnement général, les apprentissages et l'adaptation sociale des élèves. Les principales composantes du programme concernent :

- l'application de règles de conduite et de gestion de la classe facilitant et encourageant tant la participation que la responsabilisation de l'élève;
- l'application de méthodes d'enseignement permettant à l'élève d'apprendre à son rythme et facilitant sa participation aux activités d'apprentissage;
- la mise en place de mesures favorisant l'établissement d'un climat positif au sein de l'école (fierté et sentiment d'appartenance) et d'un réseau d'aide par les pairs;
- la mise en place de services d'orientation professionnelle et d'aide à la recherche d'emploi;
- la constitution de services d'aide et d'encadrement scolaire soutenu pour les élèves en difficulté.

Ce programme a été implanté dans huit écoles secondaires (*middle school*) de la Caroline du Sud pendant trois années consécutives. Au total, 5 719 élèves de la sixième année à la huitième année, venant de milieux fortement urbanisés ou de la banlieue, ont participé au projet.

L'implantation de cette ambitieuse intervention réalisée sur deux ans a exigé des ressources humaines et matérielles considérables sur les plans de la formation et du soutien des acteurs du milieu scolaire – enseignants, professionnels non enseignants, membres de la direction, etc. Les étapes de la mise en œuvre du programme

sont décrites avec précision par l'équipe de Gottfredson (Gottfredson, Gottfredson et Hybl, 1993; Gottfredson, 1986). Une formation importante et soutenue a été offerte aux intervenants par des éducateurs professionnels spécialement préparés à cette tâche. La partie la plus importante de la formation a été offerte pendant l'année précédant le début de l'intervention, bien qu'un certain nombre d'enseignants aient continué à recevoir cette formation un peu avant la deuxième année du programme. Dans chacune des écoles, des comités ont également été formés pour coordonner et appuyer la mise en œuvre des différents éléments du programme.

Les écoles où le programme était bien implanté ont connu des changements significatifs concernant l'amélioration de l'assiduité (données administratives) et la diminution tant des comportements perturbateurs que des comportements entraînant des punitions selon les règlements en vigueur à l'école (mesures autorévélées). De plus, selon les élèves fréquentant ces écoles hautement engagées, les règles dictées par l'école sont plus justes et plus équitables. Les résultats sont cependant beaucoup moins convaincants dans les trois écoles où le programme était plus ou moins bien implanté puisqu'on y a même noté une augmentation des conduites perturbatrices en classe, alors que cette mesure reste stable dans les écoles où le programme était le moins bien implanté.

School Transitional Environment Project (STEP)

Le programme STEP (*School Transitional Environment Project*), élaboré et évalué par Felner et son équipe (Felner et autres, 1993; Felner et Adan, 1988; Felner, Ginter et Primavera, 1982), est unique en son genre. L'intervention se concentre très précisément sur une étape scolaire comportant des risques pour plusieurs jeunes, à savoir la transition du primaire au secondaire. Le programme STEP vise à réorganiser l'environnement scolaire pendant la première année du secondaire de façon à faciliter l'adaptation des jeunes à ce nouveau milieu. Afin de réduire les multiples sources potentielles de stress, d'anxiété et de conduites déviantes, Felner et ses collaborateurs ont proposé une intervention à deux volets. Tout d'abord, il fallait créer un environnement physique se rapprochant de l'école primaire que les jeunes venaient de quitter. Concrètement, il s'agissait de regrouper les élèves de la première année du secondaire en petites unités de soixante à cent personnes. Ces unités, ces petites écoles dans l'école, comprenaient un petit nombre de groupes classes dont la composition demeurait stable tout au long de l'année. Les groupes classes d'une même unité étaient également physiquement proches les uns des autres. De plus, afin de réduire les déplacements des élèves dans l'école, les matières de base (langue maternelle, mathématiques, sciences humaines et sciences physiques) étaient enseignées au même endroit. Le second volet du programme consistait à créer de solides liens de confiance entre certains acteurs du milieu scolaire et les élèves. Cet élément clé du programme relevait des

enseignants responsables d'une unité donnée. Ces enseignants ont reçu une formation qui leur a permis tant de remplir le double rôle de conseillers pédagogiques et de personnes-ressources sur le plan personnel que d'accomplir certaines tâches administratives directement en rapport avec l'adaptation de l'élève à son milieu (problèmes d'absentéisme, contacts avec les parents, etc.).

Le programme STEP a été implanté simultanément dans quatre écoles secondaires (*middle school*) publiques regroupant un total de 1 204 élèves. Quatre autres écoles, où étudiaient 761 élèves, ont servi à former le groupe témoin. L'intervention s'est déroulée sur une année scolaire complète. Les résultats obtenus montrent que, dès la fin de la première année, les élèves ayant participé au programme avaient une perception plus positive de leur école et de leurs enseignants que les élèves du groupe témoin. De plus, comparativement au groupe témoin, les élèves du groupe expérimental ont connu, de deux à cinq ans après l'intervention, une baisse moins importante de leur rendement scolaire, moins d'abandons scolaires, moins d'absentéisme et de détresse psychologique ainsi qu'une meilleure adaptation psychosociale.

Les jeunes ayant participé au STEP ont rapporté moins de signes de détresse psychologique que les élèves du groupe témoin. Les effets bénéfiques du programme se font également sentir, de deux à cinq ans après l'intervention, par un plus faible taux de décrochage et un nombre moins élevé de problèmes de comportement (mesures autorévélées) chez les élèves du groupe expérimental que chez ceux du groupe témoin. L'analyse des effets du programme montre que les élèves n'ont pas été les seuls à en bénéficier. En effet, dès la fin de l'année d'implantation, les enseignants des unités avaient une perception positive de leur rôle auprès des jeunes. Ils étaient plus satisfaits de leur travail et se sentaient plus près de leurs élèves, s'estimant davantage en mesure de les aider et de les guider. Les enseignants percevaient clairement l'importance de leur engagement dans la réussite scolaire des élèves. Il faut souligner toutefois que tous ces enseignants s'étaient portés volontaires, de sorte que le degré élevé de motivation manifesté dès le départ peut expliquer en partie ce résultat. Felner et autres (1993) soulignent par ailleurs que tous les enseignants, y compris ceux qui n'ont pas été sélectionnés, présentaient un niveau très élevé d'intérêt à l'égard du projet.

La médiation par les pairs : Vers le pacifique

La médiation est une forme particulière du processus de résolution de conflits interpersonnels. Élaborés et implantés un peu partout aux États-Unis depuis au moins une quinzaine d'années (Powell, Muir-McClain et Halasyamani, 1995), et plus récemment au Canada et au Québec, les programmes de médiation par les pairs à l'école n'ont cependant pas fait l'objet de beaucoup de recherches évaluatives et systématiques. Une étude d'envergure a été menée ici, au Québec, par Rondeau et ses collaborateurs (Rondeau, Bowen et Bélanger, 1999).

Le programme évalué, qui s'appelle *Vers le pacifique*, a été conçu et implanté par les éducateurs du centre Mariebourg et du Centre international sur la résolution de conflits et la médiation (CIRCM). Ce programme comporte deux volets distincts mais complémentaires. Le premier volet comprend une douzaine d'ateliers (quatre pour les élèves du premier cycle) sur les habiletés liées à la résolution des conflits interpersonnels. Ces ateliers sont donnés en classe par des éducateurs pour tous les élèves du second cycle du primaire. Le second volet permet de choisir, de former et d'encadrer des élèves du second cycle du primaire qui se portent volontaires pour faire partie d'une équipe de médiateurs. Les élèves médiateurs sont formés à la fin des ateliers et n'entrent en action dans la cour d'école et au service de boîte à lettres qu'après cette formation. Les éducateurs du centre Mariebourg et du CIRCM encadrent ces médiateurs jusqu'à la fin de l'année scolaire. Une évaluation de ce programme, implanté dans cinq écoles pendant trois ans, a permis de mettre en évidence : des niveaux variables d'implantation du programme dans les écoles en fonction du degré d'engagement de la direction et du personnel; la qualité de la sélection, de la formation et de l'encadrement des médiateurs par les éducateurs; les effets positifs chez les médiateurs en ce qui concerne le sentiment de compétence (mesures autorévélées), les comportements (évaluations des enseignants) et le fonctionnement sociocognitif (mesures autorévélées) ainsi que des retombées comparables chez les autres élèves (non médiateurs) des écoles où le programme est bien implanté (Rondeau, Bowen et Bélanger, 1999; Corriveau et autres, 1998; Corriveau et autres, 1995).

De même que pour les autres programmes qui visent à modifier l'environnement et le climat scolaires, le succès de *Vers le pacifique* est en grande partie fondé sur la présence de conditions permettant la mise en œuvre et la prise en charge du programme par les acteurs du milieu scolaire. Ces conditions gagnantes reposent notamment sur une formation adéquate, un encadrement et un suivi soutenus des acteurs du milieu scolaire, un leadership concret de la direction de l'école et, surtout, une volonté de tous d'adhérer aux objectifs et aux moyens proposés par le programme.

4.3 Les programmes d'intervention multimodale

Comme nous l'avons vu précédemment, les écrits scientifiques des dernières années ont démontré l'importance du rôle de la famille, des pairs et de l'école dans le développement des compétences de l'enfant. À cet effet, plusieurs auteurs proposent de privilégier une approche préventive qui permet de renforcer l'engagement de tous ces agents sociaux, plutôt qu'une approche centrée uniquement sur les enfants (Miller, Brehm et Whitehouse, 1998; Weissberg et Greenberg, 1998; Elias, 1995). La position de ces chercheurs vise à promouvoir le développement des compétences de l'enfant en favorisant une approche systémique qui permet d'intervenir à la fois auprès de l'enfant, de ses pairs, de sa famille, de son école et de sa

communauté. De cette façon, les programmes seraient plus susceptibles de produire des résultats importants et durables. Bien que tous s'entendent sur la nécessité de mener des projets de cette nature, la mise en œuvre de tels projets réclame cependant des moyens imposants, de sorte que les études rigoureuses effectuées sur ces projets sont relativement peu nombreuses. Trois programmes basés sur des interventions multimodales retiennent ici notre attention.

Child Development Project (CDP)

Le programme *Child Development Project* (CDP) a été élaboré, implanté et évalué par Battistish et son équipe (Battistich et autres, 1997; Battistich et autres, 1996; Battistish et autres, 1991). Ce programme comporte deux volets. Le premier permet au jeune de développer des attitudes et des comportements socialement acceptables. On vise l'atteinte de cet objectif par la mise en place d'activités d'apprentissage coopératif, des programmes d'étude des arts et de la littérature axés sur le développement d'une vision multiculturelle et éthique ainsi qu'une gestion disciplinaire axée sur la responsabilisation de l'élève, la vie démocratique et la résolution des conflits. Le second volet consiste à créer et à renforcer les liens entre le milieu scolaire et le milieu familial, tant par la mise en place d'activités et de projets communs que par l'organisation d'activités à la maison visant non seulement à renforcer la communication entre les parents et les enfants mais aussi à promouvoir la richesse culturelle de la communauté d'origine. À partir de 1991, le programme fut de nouveau implanté dans douze écoles de six districts scolaires aux États-Unis mais, cette fois, par différents acteurs du milieu – enseignants, professionnels, directeurs et autres –, formés et encadrés pendant trois ans (dont un an avant l'implantation) par les professionnels du *Developmental Studies Center*, principaux concepteurs du programme. Le programme a ensuite été évalué une seconde fois depuis 1991 (Battistich et autres, 1997; Battistich et autres, 1996).

Les chercheurs ont évalué l'effet de l'intervention menée pendant deux ans auprès de 5 331 élèves de la troisième année à la sixième année (Battistich et autres, 1996). Les analyses ont montré, dans l'ensemble des écoles expérimentales, une diminution des conduites délinquantes et de la consommation de drogues et d'alcool (mesures autorévélées), alors que ces comportements avaient tendance à demeurer stables ou à s'accroître dans le groupe témoin. Notons également que ces résultats positifs étaient encore plus importants dans les écoles où l'intervention était bien implantée (Battistich et autres, 1996). Il convient de souligner par ailleurs que la recherche évaluative passe pratiquement sous silence le volet familial du programme en raison de son caractère apparemment limité.

Seattle Social Development Project (SSDP)

Contrairement au CDP, le *Seattle Social Development Project* (SSDP) comprend un volet familial plus consistant, qui est adapté en fonction de l'âge des

enfants et qui tient compte tant des besoins des enfants que des problèmes qui en découlent parfois pour les familles. Le SSDP a été conçu, implanté et évalué sur une base longitudinale par une équipe de l'Université de Washington en étroite collaboration avec les milieux scolaires et communautaires de la région de Seattle (O'Donnell et autres, 1995; Hawkins et autres, 1992; Hawkins, Von Cleve et Catalano, 1991; Hawkins et Weis, 1985). Outre son caractère multimodal, le SSDP s'appuie sur le caractère soutenu et adapté de ses interventions pour mener à bien ses actions de prévention et pour promouvoir les comportements socialement acceptables.

Le programme implanté et évalué à Seattle comporte quatre volets. Dans un premier temps, les enseignants des première et deuxième années reçoivent une formation axée sur la gestion de classe participative et l'apprentissage coopératif. Les enseignants sont également formés pour appliquer le programme bien connu de Shure et Spivack (1988), le *Interpersonal Cognitive Problem-Solving* (ICPS), appartenant à la catégorie des programmes menés en classe. De leur côté, les parents participent à sept rencontres par année, et ce, jusqu'à la fin du primaire. Ces rencontres permettent aux éducateurs d'aborder différents thèmes importants en relation avec le niveau de développement de l'enfant. Finalement, les élèves de sixième année ont reçu une formation de quatre heures afin de les amener à reconnaître les situations illicites et à augmenter leur capacité de refuser de s'y engager.

Le SSDP a été implanté dans six écoles, deux autres écoles ayant servi à constituer le groupe témoin. On a suivi 285 élèves du groupe expérimental jusqu'à leur cinquième année. Les résultats indiquent des effets positifs. D'une part, les conduites parentales et la communication entre les membres se sont améliorées dans les familles qui ont participé au programme; ces familles ont d'ailleurs créé de meilleurs liens avec l'école (mesures autorévélées). Les enfants du groupe expérimental consomment moins de drogues et ont moins de comportements délinquants (mesures autorévélées) comparativement aux enfants du groupe témoin. D'autre part, les données rapportées par O'Donnell et ses collaborateurs (1995) révèlent que le programme a eu un effet positif sur une cohorte de jeunes à risque. En effet, les résultats indiquent un plus grand engagement des garçons à l'égard de l'école et une consommation de drogues moindre chez les filles (mesures autorévélées).

Fast Track

Pour sa part, le programme *Fast Track* a été mis en application depuis 1991 dans plusieurs écoles de quartiers défavorisés de différentes villes américaines accusant des taux élevés de criminalité. Les enfants qui participent au programme sont choisis en raison de leurs comportements agressifs et turbulents, d'après les évaluations des enseignants de la maternelle et des parents. Après trois années

consécutives de dépistage, l'échantillon comprend 891 enfants au total, dont 445 dans le groupe expérimental et 446 dans le groupe témoin (Coie, 1998; Conduct Problems Prevention Research Group, 1992).

Le premier volet du programme, de type universel, est mis en application par les enseignants qui animent les activités tirées du programme *PATHS Curriculum* après avoir reçu une formation intitulée *Promoting Alternative Thinking Strategies* (Kusché et Greenberg, 1995 – voir la catégorie des programmes menés en classe). Ces ateliers ont pour but d'améliorer l'autorégulation des émotions, la compréhension des besoins d'autrui et la maîtrise des comportements personnels dans le but ultime d'améliorer le climat dans la classe. L'intervention sélective auprès des élèves ciblés vise à ce que ces derniers améliorent leurs habiletés sociales et leurs stratégies d'autorégulation émotive. Les ateliers auxquels ces élèves participent à l'extérieur de la classe sont axés sur les discussions, les jeux de rôle et le modelage. Plusieurs thèmes particuliers y sont abordés en fonction de l'âge et du niveau de développement des enfants. Ces jeunes participent également à des sessions hebdomadaires de tutorat en lecture, qui leur permettent notamment de mettre en pratique les habiletés sociales examinées pendant les ateliers. De leur côté, les parents participent à des activités de formation visant le renforcement de leurs habiletés parentales, la gestion des comportements, l'établissement de règles, la communication, la résolution des conflits ainsi que le soutien aux apprentissages scolaires et sociaux. Le programme comprend également des visites à domicile de façon à mieux soutenir les parents (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992).

Les résultats ne permettent pas encore d'évaluer si l'on a atteint l'objectif général de *Fast Track*, qui est de prévenir les comportements antisociaux, puisque les participants au programme sont toujours à l'école primaire. Cependant, les résultats préliminaires publiés indiquent qu'après trois années d'expérimentation, les élèves visés ont un meilleur rendement scolaire, de meilleures relations avec les pairs, de meilleures habiletés sociocognitives et moins de comportements turbulents et agressifs que ceux du groupe témoin. Les composantes du programme *PATHS Curriculum* ont notamment permis d'améliorer de façon significative le climat de la classe et de réduire les problèmes de comportement dans les écoles expérimentales. Les résultats sont aussi positifs pour les parents du groupe expérimental. Ces derniers ont des comportements plus chaleureux, appliquent une discipline familiale plus saine et soutiennent mieux leur enfant sur le plan scolaire. Selon les analyses des effets médiateurs, il est possible de confirmer que ces progrès sont responsables de la diminution des problèmes de comportement chez les enfants à risque. Par projection, les chercheurs estiment que ces progrès permettront aux sujets de réduire considérablement leurs troubles du comportement au cours des années du primaire, améliorant ainsi leur capacité de résister aux facteurs de risque (Coie, 1998).

Conclusion

La présente recension confirme le bien-fondé des approches visant la promotion de la compétence sociale et des compétences tant comportementale que scolaire chez les jeunes ainsi que la prévention dans le domaine. On reconnaît que, pour être efficaces, les mesures choisies doivent mettre l'accent à la fois sur l'augmentation des facteurs de protection et sur la diminution des facteurs de risque. Idéalement, les programmes devraient viser simultanément des facteurs individuels (comportements) et contextuels (famille, milieu scolaire) de façon à maximiser leur efficacité (Durlak, 1995). L'école, par sa mission éducative et les occasions quotidiennes qu'elle offre d'intervenir auprès des jeunes, est de toute évidence l'endroit idéal pour participer aux efforts de promotion et de prévention et, comme le présent document en fait foi, elle y contribue largement. Les connaissances sur l'implantation de programmes de promotion et de prévention en milieu scolaire ont par ailleurs passablement évolué au cours de la dernière décennie.

Plusieurs éléments contribuent à l'efficacité des programmes de promotion et de prévention visant à développer la compétence sociale des enfants et des adolescents ainsi qu'à réduire les risques d'inadaptation sociale. Les programmes efficaces reposent d'abord sur un modèle théorique approprié, qui s'appuie sur des données empiriques. Il faut en effet un fondement théorique adéquat tant pour établir les objectifs d'intervention que pour clarifier les variables et l'instrumentation qui permettent d'évaluer l'atteinte de ces objectifs. La qualité de la mise en application constitue un autre élément capital du succès d'un programme. Or, l'implantation d'un programme dans un milieu comme une école est un processus dynamique et complexe. Les chercheurs et les concepteurs des programmes doivent tenir compte des réalités du milieu (motivation des enseignants, formation, ressources disponibles) et s'ajuster à celles-ci. De leur côté, les acteurs du milieu scolaire doivent accepter l'idée que les changements espérés chez les jeunes sont intimement liés à la justesse et à la constance de leur intervention, et que la mesure des changements demande du temps, de la rigueur et des efforts (Bowen et autres, 2000a). Dans cette optique, les conditions d'implantation d'un programme ont tout avantage à être évaluées afin que nous puissions comprendre les différents éléments qui ont pu interférer dans l'intervention et recueillir de l'information sur ces éléments. En effet, il faut non seulement parfaire les connaissances relatives aux effets des interventions expérimentées, mais également améliorer la compréhension des processus en cause. À l'heure actuelle, l'examen de l'efficacité des programmes montre qu'on peut modifier les trajectoires de développement des enfants et des adolescents. Toutefois, les données existantes ne permettent pas de bien comprendre par quels processus opère ce changement. Il devient alors difficile de déterminer avec précision le rôle respectif des différentes composantes d'une intervention et l'influence individuelle ou combinée de chacune de ces composantes.

Notre analyse du processus de développement de la compétence sociale et des autres déterminants avec lesquels elle interagit nous convainc de la nécessité d'avoir recours à des stratégies principalement déployées dans la classe et idéalement coordonnées avec d'autres interventions centrées sur l'environnement scolaire, la famille et la communauté. Bien que le nombre restreint de programmes d'intervention multimodale recensés et évalués ne permette pas de tirer des conclusions précises concernant la portée de tels programmes, de toute évidence, l'efficacité optimale d'un programme exige des interventions à tous les niveaux – auprès des élèves, des parents et des enseignants – plutôt qu'une intervention à un seul de ces niveaux.

Selon notre analyse, les programmes les plus efficaces visent le développement d'un ensemble d'habiletés qui permettent d'augmenter non seulement la compétence sociale des jeunes, mais également leur compétence comportementale et scolaire. Pour atteindre ces objectifs, les activités doivent fournir des occasions favorisant le développement d'habiletés sociocognitives et de la capacité de résoudre des problèmes, la régulation des émotions ainsi que le contrôle de soi. Le contenu des programmes doit donc mettre l'accent sur les comportements positifs et acceptables mais également sur les influences sociales susceptibles de compromettre la manifestation des comportements adéquats et sur les conséquences qui s'ensuivent.

La présente recension montre également l'importance d'utiliser des stratégies dynamiques d'animation, telles que les jeux de rôle, les discussions en petits groupes, la simulation et la pratique guidée, pour accroître l'engagement des jeunes dans les activités proposées (Battistich et autres, 1996; Gottfredson, 1986). Par ailleurs, plusieurs auteurs soulignent la nécessité de prévoir des systèmes de récompenses et des tâches d'entraînement (exercices d'intégration, devoirs, journaux de bord) pour renforcer le maintien des comportements socialement acceptables et la généralisation de ces comportements dans d'autres contextes que celui de la classe (Consortium on the School-Based Promotion of Social Competence – CSBPSC, 1994; Weissberg et Elias, 1993).

Cette recension met en évidence l'importance d'augmenter les facteurs de protection non seulement chez les jeunes mais également dans l'environnement scolaire, en y apportant des changements dans le climat et dans les pratiques journalières du personnel enseignant et non enseignant. Les chercheurs et les concepteurs de programmes destinés au milieu scolaire doivent tenir compte des différences relatives à la formation des intervenants ainsi qu'à leurs habiletés professionnelles et personnelles. On reconnaît depuis longtemps que les pratiques d'enseignement et de gestion de classe des enseignants ont un effet puissant sur les apprentissages scolaires et sociaux des élèves. Or, certains des programmes d'intervention que nous avons recensés ont justement pour objectif d'améliorer les compétences des

intervenants scolaires et de modifier, de façon permanente, les pratiques de ces derniers afin de faciliter l'adaptation scolaire et sociale des jeunes. De telles interventions, bien que fort prometteuses, nécessitent cependant un engagement important de tous les acteurs du milieu scolaire, quel que soit leur rôle au sein de l'école (membres de la direction, professeurs, personnel non enseignant, intervenants sociaux), et une volonté bien réelle de participer au changement. Pour ce faire, il faut arriver à maintenir tant la motivation que l'intérêt des intervenants et leur accorder le soutien dont ils ont besoin pour ajuster leurs interventions auprès des jeunes.

Au même titre, les diverses approches, méthodes et techniques d'intervention que proposent les chercheurs ne peuvent prétendre être efficaces avec tous les types de jeunes, et ce, même en supposant que la qualité de l'implantation de l'intervention soit optimale. La réussite de la mise en œuvre d'un programme dépend en grande partie d'un bon ajustement entre les caractéristiques et les besoins des jeunes, les habiletés des enseignants et les divers éléments à promouvoir auprès des groupes ciblés (écoliers, adolescents, parents, enseignants). À cet égard, plusieurs chercheurs ont déjà souligné que, pour atteindre leur objectif de promotion de la compétence sociale, les programmes doivent être offerts à l'ensemble des élèves dès leur entrée à l'école et jusqu'à ce qu'ils accèdent au cycle suivant, par exemple de la maternelle jusqu'à la sixième année du primaire (CSBPSC, 1994). La stratégie d'implantation recommandée présente plusieurs avantages. Elle permet d'abord de s'assurer que les interventions sont adaptées aux caractéristiques des enfants et des adolescents. Elle permet également, grâce à la formation offerte aux enseignants, de faciliter une appropriation des programmes par ces derniers et de susciter ainsi des changements durables dans les pratiques éducatives et le climat de l'école. Une telle stratégie permet plus facilement d'inscrire le programme à l'intérieur du cursus scolaire, au même titre que les autres matières scolaires, et de le coordonner en continuité avec les autres services dont pourraient éventuellement bénéficier les jeunes qui présentent ou présenteront des difficultés au cours de leur scolarisation.

L'implantation d'un programme dans une école en vue d'y modifier le climat et les pratiques doit donc se faire sur une base longitudinale. Outre la volonté de s'engager, c'est toute une philosophie d'intervention que doit adopter l'ensemble du personnel qui travaille au sein de ce milieu. Dans ce contexte, il devient logique d'intervenir également auprès des familles afin que les parents augmentent leurs compétences et leurs habiletés à gérer les apprentissages scolaires et sociaux. Cette intervention permet aussi de renforcer la communication entre les parents et l'école, et d'offrir un soutien aux familles qui éprouvent des besoins plus importants. Une programmation à long terme facilite également la collaboration et la participation des parents et des autres membres de la communauté à la mise en

place d'activités communes axées sur la promotion de conduites sociales adéquates (par exemple, la prévention de la consommation de drogues et d'alcool ou la promotion des différentes cultures).

La promotion de la compétence sociale selon une telle approche systémique apparaît évidemment comme la voie la plus susceptible de produire des résultats positifs et durables chez les jeunes. Les programmes d'intervention multimodale exigent toutefois des efforts considérables de la part des différents milieux et demandent des moyens imposants aux chercheurs. Cela suppose notamment le raffinement de nos modèles et l'utilisation de méthodes complexes pour vérifier de façon systématique les effets combinés et distincts des différentes interventions. Weissberg et Elias (1993) ainsi que plusieurs autres auteurs (CSBPSC, 1994) ont, à cet égard, élaboré un modèle du programme complet visant la promotion de la compétence sociale. Le modèle de Weissberg et Elias (1993) comprend notamment :

- une vision large de la santé plutôt qu'une focalisation sur certaines catégories de résultats ;
- un enseignement planifié de la maternelle à la fin du secondaire et adapté aux différentes phases du développement de l'élève ;
- une concentration sur les habiletés cognitives, psychologiques et comportementales, les attitudes, les valeurs et la perception des normes ainsi que des renseignements précis sur les aspects sociaux liés à la santé ;
- des méthodes d'enseignement qui favorisent la participation active des élèves, mettent l'accent sur un changement positif et transforment les façons dont les enfants et les adultes communiquent entre eux dans les situations difficiles ;
- des interventions multidimensionnelles, et à plusieurs niveaux, permettant de régler efficacement les problèmes sociaux et de santé des enfants et des adolescents ;
- des programmes conçus et appliqués de manière à être acceptés par les populations à risque et à atteindre celles-ci ;
- des politiques, des pratiques et une infrastructure touchant les systèmes (traduction dans Day et autres, 1995).

Weissberg et Elias (1993) précisent également que les méthodes efficaces de prévention et de promotion doivent être intégrées à l'infrastructure du système scolaire de façon à faire partie intégrante du cursus au même titre que les autres matières. À cet égard, nous devrons réfléchir sur les moyens d'intégrer cette vision de la promotion de la compétence sociale au sein de la formation initiale et continue de tous les acteurs du milieu scolaire. En somme, la mise en place de programmes complets axés sur la promotion de la compétence sociale dépend d'abord d'une volonté politique et administrative, puis de l'engagement des intervenants et des chercheurs, également des ressources et des moyens mis en place et, finalement, de la qualité de la mise en application dans le milieu de l'ensemble de ces conditions.

RÉFÉRENCES

ASHER, S.R., et G.J. PARKER (1989). « Significance of peer relationship problems in childhood », dans B.H. Schneider et autres (sous la dir. de), *Social Competence in Developmental Perspective*, Boston, Kluwer Academic Publishers, p. 5-23.

AYOTTE, V. (1994). *Le développement de l'estime de soi (version expérimentale du programme Le sac à dos)*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

AYOTTE, V., et autres (à paraître). *Teaching Urban Multiethnic Adolescents How to Enhance their Social Competences: Effects of a High School Primary Prevention Program on Adjustment.*

AYOTTE, V., H. DJANDJI et H. ASSELIN (2000). *Le sac à dos – Faire face aux défis scolaires avec confiance : oui, mais comment ?*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 272 p.

AYOTTE, V., et M.C. LAURENDEAU (1999). *Effets d'un programme de promotion des compétences sur l'adaptation psychosociale d'adolescents de milieux urbains défavorisés*, rapport de recherche déposé au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 52 p.

BATTISTICH, V., et autres (1997). « Caring school communities », *Educational Psychologist*, vol. 32, nº 3, p. 137-151.

BATTISTICH, V., et autres (1996). « Prevention effects of the Child Development Project: Early findings from an ongoing multisite demonstration trial », *Journal of Adolescent Research*, vol. 11, nº 1, p. 12-35.

BATTISTICH, V., et autres (1991). « The Child Development Project: A comprehensive program for the development of prosocial character », dans W.M. Kurtines et J.L. Gewirtz (sous la dir. de), *Handbook of Moral Behavior and Development*, vol. 3, New York, Lawrence Erlbaum.Associates, p. 1-34.

BEAR, G.G. (1998). « School discipline in the United States: Prevention, correction and long-term social development », *School Psychology Review*, vol. 27, nº 1, p. 14-32.

BÉLANGER, J., F. BOWEN et N. RONDEAU (1999). « Évaluation d'un programme visant le développement de la compétence sociale à la maternelle », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 18, nº 1, p. 77-104.

BIERMAN, K.L., et J.B. WARGO (1995). « Predicting the longitudinal course associated with aggressive-rejected, aggressive (non rejected), and rejected (non aggressive) status », *Development and Psychopathology*, vol. 7, p. 669-682.

BIJSTRA, J.O., H.A. BOSMA et S. JACKSON (1994). « The relationship between social skills and psychosocial functioning in early adolescence », *Personality and Individual Differences*, vol. 16, nº 5, p. 767-777.

BLECHMAN, E.A., et autres (1985). « Childhood competence and behavior problems », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 94, p. 70-77.

BOILY, R., et F. BOWEN (1998). « Analyse des liens entre le sentiment d'appartenance au milieu scolaire chez des adolescents et des dimensions de l'adaptation scolaire et sociale », communication par affiche présentée à l'occasion du symposium *L'abandon scolaire à l'aube du XXIe siècle : Visions critiques sur l'état des connaissances et sur les solutions apportées*, organisé dans le cadre du LXVIe congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Québec (Canada), mai.

BOIVIN, M., K.A. DODGE et J.D. COIE (1995). « Individual-group behavioral similarity and peer status in experimental play groups of boys: The social misfit revisited », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 69, nº 2, p. 269-279.

BOST, K.K., et autres (1998). « Social competence, social support, and attachment: Demarcation of construct domains, measurement, and paths of influence for preschool children attending Head Start », *Child Development*, vol. 69, nº 1, p. 192-218.

BOWEN, F., et autres (2001). « Évaluation d'un programme de prévention de la violence à la maternelle et au début de l'école primaire », communication présentée dans le cadre de la conférence internationale *Violence à l'école et politiques publiques*, organisée par l'observatoire européen de la violence scolaire, Paris, mars.

BOWEN, F., et autres (2000a). « La prévention de la violence et de l'intimidation en milieu scolaire », dans F. Vitaro et C. Gagnon (sous la dir. de), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 165-229.

BOWEN, F., et autres (2000b). « Évaluation d'un programme visant la prévention de la violence au premier cycle du primaire », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. XXVI, nº 1, p. 173-196.

BOWEN, F., et autres (1995). « Childhood internalizing problems: Prediction from kindergarten, effect of maternal overprotectiveness, and sex differences », *Development and Psychopathology*, vol. 7, p. 481-498.

BOWEN, F., et M.C. LAURENDEAU (1996). « Un projet de prévention de la violence dans quelques écoles de Montréal », dans J. Colteux et autres (sous la dir. de), *Une question d'équité : L'aide aux victimes d'actes criminels*, Montréal, Association québécoise Plaidoyer-Victimes, p. 301-321.

BRENDGEN, M., et autres (1999). « Effects of friends' characteristics on children's social cognitions », *Social Development*, vol. 8, nº 1, p. 41-51.

CAIRNS, R.B., B.D. CAIRNS et H.J. NECKERMAN (1989). « Early school dropout: Configurations and determinants », *Child Development*, vol. 60, p. 1437-1452.

CAIRNS, R.B., et autres (1988). « Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? », *Developmental Psychology*, vol. 24, p. 815-823.

CAMERON, R.J. (1998). « School discipline in the United Kingdom: Promoting classroom behaviors which encourage effective teaching and learning », *School Psychology Review*, vol. 27, nº 1, p. 33-44.

CHEN, X., K.H. RUBIN et Y. SUN (1992). « Social reputation and peer relationships in Chinese and Canadian children: A cross-cultural study », *Child Development*, vol. 63, p. 1336-1343.

CLAES, M., et J. COMEAU (1996). « L'école et la famille : deux mondes? », *Lien social et politiques – RIAC. Familles et école*, vol. 35, p. 75-85.

COIE, J.D. (1998). « La prévention des comportements antisociaux dangereux et persistants : le projet FAST TRACK », *Revue canadienne de psychoéducation*, vol. 37, nº 2, p. 151-167.

COIE, J.D., et autres (1995). « Childhood peer rejection and agression as predictors of stable patterns of adolescent disorder », *Development and Psychopathology*, vol. 7, p. 697-714.

COIE, J.D., et autres (1992). « Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, p. 783-792.

COIE, J.D., et autres (1989). « Types of aggressive relationships, peer rejection, and developmental consequences », dans B.H. Schneider et autres (sous la dir. de), *Social Competence in Developmental Perspective*, Boston (Massachusetts), Kluwer Academic Publishers, p. 223-238.

COIE, J.D., et K.A. DODGE (1998). « Aggression and antisocial behavior », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional and Personality Development*, New York, John Wiley, p. 779-862.

COIE, J.D., et K.A. DODGE (1983). « Continuities and changes in children's social status: A five-year longitudinal study », *Merrill-Palmer Quarterly*, vol. 29, p. 261-281.

COLL, C.G., et autres (1997). « An integrative model for the study of developmental competencies in minority children », dans M.E. Hertzig et autres (sous la dir. de), *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, Bristol (Pennsylvanie), Brunner/Mazel, p. 437-463.

CONDUCT PROBLEMS PREVENTION RESEARCH GROUP (1992). « A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The Fast Track Program », *Development and Psychopathology*, vol. 4, p. 509-527.

CONSORTIUM ON THE SCHOOL-BASED PROMOTION OF SOCIAL COMPETENCE (1994). « The school-based promotion of social competence: Theory, research, practice, and policy », dans R.J. Haggerty et autres (sous la dir. de), *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 268-316.

CORRIVEAU, D., et autres (1998). « Faits et questionnements sur l'adaptation psychosociale des enfants médiateurs », *Science et comportement*, vol. 26, n° 3, p. 171-180.

CORRIVEAU, D., et autres (1995). *L'évaluation d'un programme de promotion des conduites pacifiques par les pairs en milieu scolaire*, document inédit remis au centre Mariebourg.

CRICK, N.R., et K.A DODGE (1994). « A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment », *Psychological Bulletin*, vol. 115, p. 74-101.

DAY, D.M., et autres (1995). *La prévention de la violence à l'école au Canada : Résultats d'une étude nationale des politiques et programmes*, Ottawa, Solliciteur général du Canada, 250 p.

DEROSIER, M., J. KUPERSMIDT et C. PATTERSON (1994). « Children's academic and behavioral adjustment as a function of the chronicity and proximity of peer rejection », *Child Development*, vol. 65, p. 1799-1813.

DESBIENS, N. (2000). *La réputation sociale des élèves en difficulté de comportement : Effet d'un programme de promotion des habiletés sociales et de coopération en classe ordinaire*, thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 241 p.

DESBIENS, N., et autres (1998). « Compétences sociales, statut sociométrique et réseaux affiliatifs des élèves en trouble du comportement : perspective d'intervention à l'école », *Science et comportement*, vol. 26, n° 2, p. 107-127.

DISHION, T.J., D. W. ANDREWS et L. CROSBY (1995). « Antisocial boys and their friends in early adolescence: Relationship characteristics, quality, and interactional process », *Child Development*, vol. 66, p. 139-151.

DODGE, K.A. (1986). « A social information processing model of social competence in children », dans M. Perlmutter (sous la dir. de), *Minnesota Symposium on Child Psychology*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 77-125.

DODGE, K.A. (1985). « Attributional bias in aggressive children », dans P.C. Kendall et autres (sous la dir. de), *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, vol. 4, Orlando (Floride), Academic Press, p. 73-110.

DOLAN, L.J., et autres (1993). « The short-term impact of two classroom-based preventive interventions on aggressive and shy behaviors and poor achievement », *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 14, p. 317-345.

DUMONT, M., M.A. PROVOST et J. DUBÉ (1990). « La compétence sociale : une approche multivariée », dans M.A. Provost (sous la dir. de), *Le développement social des enfants*, Montréal, Éditions Agence D'Arc, p. 13-55.

DURLAK, J.A. (1995). *School-Based Prevention Programs for Children and Adolescents*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 117 p.

ELIAS, M.J. (1995). « Primary prevention as health and social competence promotion », *The Journal of Primary Prevention*, vol. 16, n° 1, p. 5-24.

ELIAS, M.J., et autres (1991). « The promotion of social competence: Longitudinal study of a preventive school-based program », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 61, n° 3, p. 409-417.

ELIAS, M.J., et autres (1986). « Impact of preventive school problem-solving intervention on children's coping with middle-school stressors », *American Journal of Community Psychology*, vol. 14, nº 3, p. 259-275.

ELIAS, M.J., et J.F. CLABBY (1992). *Building Social Problem-Solving Skills: Guidelines from a School-Based Program*, San Francisco (Californie), Jossey-Bass, 324 p.

ELIAS, M.J., M. GARA et M. UBRIACO (1985). « Sources of stress and support in children's transition to middle school: An empirical analysis », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 14, nº 2, p. 112-118.

ELIAS M.J., et R.P. WEISSBERG (1989). « School-based social competence promotion as a primary prevention strategy: A tale of two projects », dans R. Lorion (sous la dir. de), *Protecting the Children: Strategies for Optimizing Emotional and Behavioral Development*, New York, Haworth, p. 177-200.

ELICKER, J., M. ENGLUND et L.A. SROUFE (1992). « Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships », dans R.D. Parke et G.W. Ladd (sous la dir. de), *Family-Peer Relationships: Modes of Linkage*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 77-106.

ENTWISLE, D.R. (1990). « Schools and the adolescent », dans S. Feldman et autres (sous la dir. de), *At the Threshold: The Developing Adolescent*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, p. 197-224.

FARMER, T.W., et J.H. HOLLOWELL (1994). « Social networks in mainstream classrooms: Social affiliations and behavioral characteristics of students with EBD », *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, vol. 2, nº 3, p. 143-155.

FELNER, R.D., et A.M. ADAN (1988). « The School Transitional Environment Project: An ecological intervention and evaluation », dans R.H. Price et autres (sous la dir. de), *Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners*, Washington (District de Columbia), American Psychological Association, p. 111-122.

FELNER, R.D., et autres (1993). « Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-up and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP) », dans L.A. Jason, K.E. Danner et K.S. Kurasaki (sous la dir. de), *Prevention and School Transitions*, New York, The Haworth Press, p. 103-136.

FELNER, R. D., M. GINTER et J. PRIMAVERA (1982). « Primary prevention during school transitions: Social support and environmental structure », *American Journal of Community Psychology*, vol. 10, p. 227-290.

FETRO, J.V. (1994). « Personal and social skill development is basic », dans P. Cortese et K. Middleton (sous la dir. de), *The Comprehensive School Health Challenge: Promoting Health Through Education*, Santa Cruz (Californie), ETR Associates, p. 491-521.

FISKE, S.T., et S.E. TAYLOR (1991). *Social Cognition*, 2e édition, New York, Mc Graw Hill, 717 p.

FLAVELL, J., et C. MILLER (1998). « Social cognition », dans W. Damon, D. Kuhn et R.S. Siegler (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 2: *Cognition, Perception and Language*, New York, John Wiley, p. 851-898.

GOTTFREDSON, D.C. (1986). « An empirical test of school-based environmental and individual interventions to reduce the risk of delinquent behavior », *Criminology*, vol. 24, nº 4, p. 705-731.

GOTTFREDSON, G.D., et D.C. GOTTFREDSON (1985). *Victimization in Schools*, New York, Plenum Press, 250 p.

GOTTFREDSON, D.C., G.D. GOTTFREDSON et L.G. HYBL (1993). « Managing adolescent behavior: A multiyear, multischool study », *American Educational Research Journal*, vol. 30, nº 1, p. 179-215.

GOTTLIEB, B.H. (1998). « Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada », dans Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy (Canada), Éditions MultiMondes, p. 251-292.

GREENBERG, M.T., et autres (1995). « Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS Curriculum », *Development and Psychopathology*, vol. 7, p. 117-136.

GREENBERG, M.T., et C.A. KUSCHÉ (1999). « Reducing growth in behavioral and emotional problems in at-risk children: The continuing effects of the PATHS Curriculum », communication présentée au *Biennal meeting of the Society for Research in Child Development*, Albuquerque (Nouveau-Mexique), avril.

GREENBERG, M.T., C.A. KUSCHÉ et S.F. MIHALIC (1998). *Blueprints for Violence Prevention Book Ten: Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS)*, Boulder (Colorado), Center for the Study and Prevention of Violence, 109 p.

GROSSMAN, D.C., et autres (1997). « Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school », *Journal of the American Medical Association*, vol. 277, p. 1605-1611.

HARTER, S. (1985). *Manual of the Self-Perception Profile for Children: Revision of the PCSC (1979)*, document non publié, Université de Denver.

HARTUP, W.W. (1985). « Relationships and their significance in cognitive development », dans R.A. Hinde, A. Perret-Clermont et J. Stevenson-Hinde (sous la dir. de), *Social Relationships and Cognitive Development*, Oxford, Clarendon Press, p. 66-82.

HAWKINS, J.D., et autres (1992). « The Seattle Social Development Project: Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors », dans J. McCord et R.E. Tremblay (sous la dir. de), *Preventing Antisocial Behavior: Interventions from Birth Through Adolescence*, New York, Guilford Press, p. 139-161.

HAWKINS, J.D., E. VON CLEVE et R.F. CATALANO (1991). « Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program », *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 30, nº 2, p. 208-217.

HAWKINS, J.D., et J.G. WEIS (1985). « The social development model: An integrated approach to delinquency prevention », *Journal of Primary Prevention*, vol. 6, nº 2, p. 73-97.

HINSHAW, S.P. (1992). « Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms », *Psychological Bulletin*, vol. 111, nº 1, p. 127-155.

HOZA, B., et autres (1995). « Aggression, withdrawal and measures of popularity and friendship as predictors of internalizing and externalizing problems during early adolescence », *Development and Psychopathology*, vol. 7, p. 787-802.

HYMEL, S., et autres (1990). « Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problems from middle to late childhood », *Child Development*, vol. 61, p. 2004-2021.

JANOSZ, M., P. GEORGES et S. PARENT (1998). « L'environnement socio-éducatif à l'école secondaire : Un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 27, nº 2, p. 285-306.

KELLAM, S.G., et autres (1994). « The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically-based preventive trial », *Journal of Child Psychology*, vol. 25, nº 2, p. 259-281.

KINDERMANN, T.A. (1996). « Strategies for the study of individual development within naturally-existing peer groups », *Social Development*, vol. 5, p. 158-173.

KINDERMANN, T.A. (1993). « Natural peer groups as contexts for individual development: The case of children's motivation in school », *Developmental Psychology*, vol. 29, p. 970-977.

KUPERSMIDT, J.B., et J.D. COIE (1990). « Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of externalizing problem in adolescence », *Child Development*, vol. 61, p 1350-1362.

KUSCHÉ, C.A., et M.T. GREENBERG (1995). *The PATHS Curriculum*, Seattle (Washington), Developmental Research and Programs.

LADD, G.W. (1990). « Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom: Predictors of children's early school adjustment? », *Child Development*, vol. 61, p. 312-331.

LADD, G.W. (1989). « Children's social competence and social supports: Precursors of early school adjustment? », dans B.H. Schneider (sous la dir. de), *Social Competence in Developmental Perspective*, Boston, Kluwer Academic Publishers, p. 277-291.

LAPOINTE, Y., F. BOWEN et M.C. LAURENDEAU (1993a/1996a). *Habiletés prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire: Répertoire d'animation – 1re année*, Montréal, Direction de la santé publique (Hôpital Maisonneuve-Rosemont), Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1re et 2e éditions, 124 p.

LAPOINTE, Y., F. BOWEN et M.C. LAURENDEAU (1993b/1996b). *Habiletés prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire: Répertoire d'animation – 2e année*, Montréal, Direction de la santé publique (Hôpital Maisonneuve-Rosemont), Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1re et 2e éditions, 115 p.

LAPOINTE, Y., F. BOWEN et M.C. LAURENDEAU (1993c/1996c). *Habiletés prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire: Répertoire d'animation – 3e année*, Montréal, Direction de la santé publique (Hôpital Maisonneuve-Rosemont), Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1re et 2e éditions, 135 p.

LOCHMAN, J.E., et THE CONDUCT PROBLEMS PREVENTION RESEARCH GROUP (1995). « Screening of child behavior problems for prevention programs at school entry », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63, nº 4, p. 549-559.

MASTEN, A.S., et autres (1999). « Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence », *Development and Psychopathology*, vol. 11, p. 143-169.

MASTEN, A.S., et autres (1995). « The structure and coherence of competence from childhood through adolescence », *Child Development*, vol. 66, p. 1635-1659.

MASTEN, A.S., et J.D. COATSWORTH (1998a). « The Development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children », *American Psychologist*, vol. 53, nº 2, p. 205-220.

MASTEN, A.S., et J.D. COATSWORTH (1998b). « Development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons overcome adversity », *Development and Psychopathology*, vol. 2, p. 325-444.

MASTEN, A.S., et D. COATSWORTH (1995). « Competence, resilience and psychopathology », dans D. Cicchetti et D.J. Cohen (sous la dir. de), *Developmental Psychopathology*, vol. 2: *Risk Disorder and Adaptation*, New York, John Wiley, p. 715-752.

McGEE, R., et S. WILLIAMS (1991). « Social competence in adolescence: Preliminary findings from a longitudinal study of New Zealand 15-years-old », *Psychiatry*, vol. 54, nº 3, p. 281-291.

McLOYD, V. (1998). « Socioeconomic disadvantage and child development », *American Psychologist*, vol. 53, nº 2, p. 185-204.

MILLER, G.E., K. BREHM et S. WHITEHOUSE (1998). « Reconceptualizing school-based prevention for antisocial behavior within a resiliency framework », *School Psychology Review*, vol. 27, nº 3, p. 364-379.

MORISON, P., et A.S. MASTEN (1991). « Peer reputation in middle childhood as a predictor of adaptation in adolescence: A seven years follow-up », *Child Development*, vol. 62, p. 991-1007.

NEWCOMB, A.F., W.M. BUKOWSKI et L. PATTEE (1993). « Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status », *Psychological Bulletin*, vol. 113, nº 1, p. 99-128.

O'DONNELL, J., et autres (1995). « Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term intervention in elementary schools », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 65, nº 1, p. 87-100.

OLLENDICK, T.H., et autres (1992). « Sociometric status and academic, behavioral, and psychological adjustment: A five-year longitudinal study », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, nº 1, p. 80-87.

PARENT, S., et J.F. SAUCIER (1999). « La théorie de l'attachement », dans E. Habimana et autres (sous la dir. de), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, p. 33-46.

PARKER, J.G., et S.R. ASHER (1987). « Peer relations and later social adjustment: Are low-accepted children at risk? », *Psychological Bulletin*, vol. 102, p. 357-389.

PETTIT, G.S., et J. MIZE (1993). « Substance and style: Understanding the ways in which parents teach children about social relationships », dans S. Duck (sous la dir. de), *Learning About Relationships*, Newbury Park (Californie), Sage Publications, p. 118-151. (Understanding Relationship Processes Series, vol. 2)

POWELL, K.E., L. MUIR-McCLAIN et L. HALASYAMANI (1995). « A review of selected school-based conflict resolution and peer mediation projects », *Journal of School Health*, vol. 65, nº 10, p. 426-431.

RENSHAW, P.E., et P.J. BROWN (1993). « Loneliness in middle childhood: Concurrent and longitudinal predictors », *Child Development*, vol. 64, p. 1271-1284.

RODKIN, P.C., et autres (2000). « Heterogeneity of popular boys: Antisocial and prosocial configurations », *Developmental Psychology*, vol. 36, nº 1, p. 14-24.

ROFF, M., S.B. SELLS et M.M. GOLDEN (1972). *Social Adjustment and Personnality Development in Children*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 206 p.

RONDEAU, N., F. BOWEN et J. BÉLANGER (1999). *Évaluation d'un programme de promotion de la conduite pacifique en milieu scolaire primaire*, rapport de recherche déposé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Monréal, Corporation Foyer Mariebourg, 103 p.

ROSE-KRASNOR, L. (1997). « The nature of social competence: A theoritical review », *Social Development*, vol. 6, nº 1, p. 111-135.

RUBIN, K.H. (1985). « Socially withdrawn children: An "at risk" population? », dans B. Schneider, K.H. Rubin et J. Ledingham (sous la dir. de), *Issues in Assessment and Intervention*, New York, Springer-Verlag, p. 125-139.

RUBIN, K.H. (1982). « Social and social-cognitive developmental characteristics of young isolate, normal and sociable children », dans K.H. Rubin et H.S. Ross (sous la dir. de), *Peer Relationships and Social Skills in Childhood*, New York, Springer-Verlag, p. 353-374.

RUBIN, K.H., et autres (1995). « The Waterloo Longitudinal Project: Predicting internalizing and externalizing problems in adolescence », *Development and Psychopathology*, vol. 7, p. 751-764.

RUBIN, K.H., et D. BORWICK (1984). « The communication skills of children who vary with regard to sociability », dans H. Sypher et J. Applegates (sous la dir. de), *Social Cognition and Communication*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 152-170.

RUBIN, K. H., et L.R. KRASNOR (1986). « Social-cognitive and social behavioral perspectives on problem solving », dans M. Perlmutter (sous la dir. de), *Cognitive Perspectives on Children's Social and Behavioral Development: The Minnesota Symposia on Child Psychology*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 1-68.

RUBIN, K.H., et R.S.L. MILLS (1991). « Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 23, nº 3, p. 300-317.

RUBIN, K.H., et R.S.L. MILLS (1988). « The many faces of social isolation in childhood », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, p. 916-924.

RUBIN, K.H., W. BUKOWSKI et G. PARKER (1998). « Peer interactions, relationships, and groups », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional and Personnality Development*, New York, John Wiley, p. 619-700.

RUTTER, M. (1983). « Stress, coping, and development: Some issues and some questions », dans N. Garmezy et autres (sous la dir. de), *Stress, Coping, and Development in Children*, Centre for Advanced Study in the Behavioral Sciences, Baltimore (Maryland), Johns Hopkins University Press, p. 1-41.

SHURE, M.B. (1996). « I Can Problem Solve (ICPS): An interpersonal cognitive problem-solving program for children », dans M.C. Roberts (sous la dir. de), *Model Program in Child and Family Mental Health*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 47-62.

SHURE, M.B., et G. SPIVACK (1988). « Interpersonal cognitive problem-solving », dans R.H. Price et autres (sous la dir. de), *Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook of Exemplary Primary Prevention Programs*, Washington (District de Columbia), American Psychological Association, p. 69-82.

SLAVIN, R.E. (1994). *Educational psychology: Theory and practice*, 4e édition, Boston (Massachusetts), Allyn and Bacon, 616 p.

VITARO, F., et autres (1997). « Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency: A test of two competing models of development », *Child Development*, vol. 68, p. 676-689.

VITARO, F., et autres (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent: Prévalence, déterminants et prévention*, monographie de psychologie, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, 202 p.

VITARO, F., et J. CHAREST (1988). « Intervention impliquant les pairs auprès d'enfants en difficulté d'adaptation sociale », dans P. Durning et R.E. Tremblay (sous la dir. de), *Relations entre enfants*, Paris, Éditions Fleurus, p. 151-183.

VITARO, F., R.E. TREMBLAY et C. GAGNON (1992). « Adversité familiale et troubles du comportement au début de la période de fréquentation scolaire », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 11, nº 1, p. 45-62.

WATERS, E., et L.A. SROUFE (1983). « Social competence as developmental construct », *Developmental Review*, vol. 3, p. 79-97.

WEISSBERG, R.P., et autres (1990). *The New Haven Social Development Program: Sixth Grade Social Problem-Solving Module*, Chicago, University of Illinois.

WEISSBERG, R.P., et M.J. ELIAS (1993). « Enhancing young people's social competence and health behavior: An important challenge for educators, scientists, policymakers, and funders », *Applied & Preventive Psychology*, vol. 2, p. 179-190.

WEISSBERG, R.P., et M.T. GREENBERG (1998). « School and community competence-enhancement and prevention programs », dans I. Sigel et A. Renninger (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 4: *Child Psychology in Practice*, New York, John Wiley, p. 955-998.

WENTZEL, K.R., et S.R. ASHER (1995). « The academic lives of neglected, rejected, popular, and controversial children », *Child Development*, vol. 66, p. 754-763.

WRIGHT, J.C., M. GIAMMARINO et H.W. PARAD (1986). « Social status in small groups: Individual-Groups – Individual-Group similarity and the social "misfit" », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 50, nº 3, p. 523-536.

CHAPITRE 3

Le soutien social

Marthe Hamel

1. Définitions

Il n'existe pas, à proprement parler, de définition du soutien social dans les dictionnaires généraux. Le mot *soutien*, par ailleurs, est défini dans *Le Petit Robert 1* comme « l'action de soutenir, c'est-à-dire d'empêcher de fléchir en apportant du secours ou du réconfort, d'aider, d'appuyer ou d'encourager ». Les définitions du soutien social retrouvées dans la documentation scientifique sont généralement cohérentes avec cette description générale du soutien. Le concept de soutien social se traduit en effet, pour les auteurs ayant approfondi la question, par l'interaction qui lie une personne dans le besoin, le receveur, et une personne qui tente de combler ce besoin, le donneur, et qui a pour but d'apporter diverses formes d'aide ou de ressources à quelqu'un pour qu'il puisse faire face aux difficultés de la vie (Hupcey, 1998a; Tousignant et autres, 1987; Bozzini et Tessier, 1985). Il s'agit d'un concept multidimensionnel dont les composantes essentielles concernent aussi l'intention du donneur, la perception du receveur quant au soutien offert et au soutien reçu ainsi que la nature même du soutien nécessaire ou fourni.

Ainsi, le concept de soutien social comprend d'abord l'idée d'une action réciproque entre deux personnes, le donneur et le receveur. Certains auteurs mentionnent une condition préalable à l'action d'apporter ou de recevoir du soutien, soit l'existence d'une relation personnelle entre le donneur et le receveur. C'est justement ce lien antérieur entre les protagonistes qui permet, selon certains auteurs, de distinguer le soutien social d'autres formes d'interactions sociales; ainsi, donner des conseils à une personne avec qui on a un lien plus ou moins grand d'intimité est considéré comme du soutien social et diffère d'autres types d'interactions, comme celle d'indiquer la route à un passant. L'antériorité de ce lien donne également au soutien social la valeur d'un acte volontaire de la part du donneur et bien intentionné à l'égard du receveur (Hupcey, 1998b). Les donneurs de soutien social sont des personnes qui font partie de l'entourage plus ou moins

immédiat du receveur – soit des membres de la famille, des amis, des compagnons de classe, des collègues de travail ou des personnes de la communauté. Alors que, pour la majorité des auteurs, le soutien social exige une relation personnelle entre le donneur et le receveur, d'autres incluent des professionnels comme donneurs éventuels de soutien social (Hupcey, 1998a); ils font alors une distinction entre le soutien informel, offert par des donneurs faisant partie de l'environnement naturel du receveur, et le soutien formel, donné par des professionnels ou par différents intervenants des milieux de services.

Le soutien social reposant avant tout sur l'action réciproque entre deux personnes, certains aspects du concept concernent donc le donneur et d'autres, le receveur. Il ne peut y avoir de soutien social s'il n'existe, au préalable, un donneur potentiel de soutien qui évalue la situation, qui perçoit un besoin de soutien, qui est motivé à y répondre et qui y répond effectivement. Par ailleurs, la perception du soutien nécessaire et du soutien offert, la façon d'exprimer un besoin de soutien et la satisfaction par rapport au soutien reçu sont des éléments qui relèvent du receveur. Les caractéristiques personnelles du donneur et du receveur, le type de relation qui existe entre eux, leurs expériences antérieures relativement au soutien et le souci de réciprocité sont autant d'éléments qui influencent le processus du soutien social.

Une dernière dimension essentielle du concept de soutien social concerne la nature du soutien qui sera offert ou effectivement donné. On distingue ainsi différentes catégories de soutien social selon la fonction remplie par l'aide ou les ressources apportées. L'une des classifications les plus répandues (Berndt et Hestenes, 1996; Tietjen, 1988) est basée sur les catégories suivantes :

- le soutien émotionnel, qui fait référence à toute communication d'affection, d'appréciation et de reconnaissance permettant à une personne de se sentir entourée et valorisée;
- le soutien instrumental, qui consiste en différentes formes d'aide concrète comme l'aide matérielle ou les services rendus;
- l'information, fournie sous forme de conseils, de guides, de suggestions pour régler des problèmes;
- l'accompagnement à des activités, qui permet d'expérimenter un sentiment d'appartenance ou de camaraderie.

Une autre classification notoire, celle de Barrera (Barrera et Ainsly, 1983), subdivise l'aide instrumentale en deux catégories, soit l'aide matérielle et les services, et établit deux catégories différentes pour l'information et les conseils. Cette dernière classification est plus explicite, mais elle n'est pas incompatible avec la première.

Bien que de nombreuses études aient été menées à ce jour sur le soutien social, toutes ne reposent cependant pas sur une définition commune du concept

de soutien social. À la suite de l'examen d'un nombre important de recherches récentes, Hupcey (1998a) conclut que le concept de soutien social est en évolution et qu'il n'a pas atteint sa pleine maturité. Alors que plusieurs travaux ne précisent pas la définition théorique du concept de soutien social sur laquelle ils s'appuient, d'autres études accusent un manque d'adéquation entre la définition proposée et la description opérationnelle du concept. Certains auteurs font référence à des définitions très étroites et négligent, par exemple, l'aspect interactionnel, restreignant le soutien social à la seule dimension du soutien perçu par le receveur. Enfin, d'autres définitions sont très larges, ce qui a pour effet d'englober des concepts connexes qui ont trait à toutes les dimensions des relations sociales entre les individus. Le concept de *réseau social* est ainsi souvent assimilé à celui de *soutien social*. Des précisions s'imposent quant à la signification de ces deux concepts.

À cet égard, certains auteurs considèrent le soutien social et le réseau social comme deux concepts distincts (Hupcey, 1998a), alors que d'autres y voient deux facettes d'une même réalité (Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996; Callaghan et Morrissey, 1993). La majorité des auteurs s'entendent pour définir le réseau social comme l'ensemble des personnes ou des relations sociales qui entourent un individu alors que le soutien social concerne un volet seulement du produit de ces relations, soit l'aide apportée. En outre, on distingue généralement le réseau social primaire, aussi appelé informel ou personnel, du réseau social secondaire, qu'on appelle également formel ou institutionnel (Blanchet, Dauphinais et Lavigueur, 1981).

Le soutien fait référence à un aspect fonctionnel, tandis que le réseau revêt aussi un aspect organisationnel ou structurel (Bost et autres, 1998). Le soutien social se traduit, de façon opérationnelle, selon la nature de l'aide désirée, fournie ou perçue. Le réseau social, pour sa part, comporte des caractéristiques à la fois structurelles – étendue, composition, homogénéité, densité, etc. – et fonctionnelles – importance des liens, fréquence des contacts, aspect multidimensionnel des liens, réciprocité, dispersion, contenu des échanges, etc. On dit qu'une personne puise ses principales ressources psychosociales dans son réseau social personnel (Henderson, 1977). Il faut comprendre cependant que le réseau social personnel comporte habituellement des éléments conflictuels et n'est pas uniquement porteur de soutien social. Une constatation s'impose : les notions de soutien social et de réseau social sont complémentaires et il est difficile de les traiter isolément. Par ailleurs, ces termes désignent des réalités différentes et, à ce titre, ils ne sont pas interchangeables.

L'examen de la documentation scientifique sur le sujet doit donc prendre en considération la diversité des définitions proposées, le manque de clarté des frontières qui distinguent le soutien social d'autres concepts analogues et la multiplicité des instruments utilisés pour mesurer le soutien social. Enfin, bien que le soutien

social et le réseau social soient deux réalités distinctes, leur complémentarité fait en sorte que toute analyse du soutien social ne peut ignorer les différentes dimensions du réseau social[1].

2. L'action du soutien social sur la santé

Plusieurs recherches ont porté sur les effets à court et à long termes du soutien social tant sur la santé physique que sur la santé mentale des personnes; de plus rares études ont porté sur le rôle du soutien social dans le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Des études longitudinales, des études corrélationnelles ainsi que des évaluations de programmes d'intervention ayant pour objectif d'améliorer le soutien social ont été réalisées, mais elles concernent en majorité des populations d'adultes.

2.1 Le soutien social et la santé physique

Dans le domaine de la santé physique, de nombreuses études ont tenté de vérifier les liens qui existent entre le soutien social et la mortalité. Bien que ces études aient porté sur des aspects différents du soutien social ou du réseau social et que les conclusions des auteurs ne soient pas unanimes, la majorité des résultats obtenus tendent à montrer des taux plus élevés de mortalité chez les personnes qui sont isolées socialement ou qui ont un réseau social pauvre (Stansfeld, 1999; Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996; Callaghan et Morrissey, 1993; Tousignant et autres, 1987). Qui plus est, certains auteurs affirment que l'effet du soutien social sur la santé serait comparable à celui de facteurs de risque relatifs au tabagisme, à l'hypertension artérielle et à la sédentarité (House, Landis et Umberson, 1988).

D'autres chercheurs ont tenté d'établir des relations entre le soutien social et différents processus physiologiques. Il se dégage de leurs études que le soutien social et le réseau social influenceraient plusieurs aspects des fonctions cardiovasculaire, endocrinienne et immunologique; même si toutes les études n'arrivent pas à des résultats probants, plusieurs d'entre elles ont montré que le soutien social exerce un rôle de régulation de la tension artérielle, influence le taux d'hormones, le taux des cellules immunitaires et, enfin, la qualité de la réponse immunitaire (Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996). Ainsi, le système de soutien social influencerait positivement la santé des personnes présentant des troubles cardiovasculaires ou des maladies respiratoires et celle des personnes atteintes d'un cancer. Le soutien émotionnel et le soutien provenant de la famille joueraient un rôle positif particulièrement important dans le maintien et la restauration de

1. Dans le présent texte, l'expression système de soutien social sera utilisée pour désigner les éléments de soutien social présents dans le réseau social d'un individu.

plusieurs dimensions de la santé. Par ailleurs, l'effet du soutien social sur la santé varierait en fonction du sexe, de l'âge, du contexte culturel et des caractéristiques de la personnalité (Callaghan et Morrissey, 1993). Il faut cependant souligner que plusieurs études sont de type corrélationnel et que, si elles peuvent établir une relation entre le soutien social et différents processus physiologiques, elles ne permettent toutefois pas de conclure à l'existence d'un lien de cause à effet.

2.2 Le soutien social et la santé mentale

Certains auteurs se sont intéressés aux liens entre le soutien social et la santé mentale (Stansfeld, 1999; Callaghan et Morrissey, 1993; Tousignant et autres, 1987). Il y aurait ainsi une corrélation positive entre le manque de soutien d'un conjoint ou d'un proche et la dépression; le risque de symptômes dépressifs serait par ailleurs accru par une perception négative du soutien social (Callaghan et Morrissey, 1993). Tousignant et ses collaborateurs (1987) soulignent l'influence réciproque qui semble s'exercer entre la santé mentale et le soutien social, ce dernier facilitant la santé mentale qui, en retour, crée un contexte favorable à l'échange de soutien social.

2.3 Le soutien social, le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents

Peu d'études ont porté sur les effets du soutien social sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Meehan, Durlak et Bryant (1993) ont cependant observé, chez des adolescents du secondaire, une relation positive entre le soutien social et certains aspects subjectifs de bien-être, comme le sentiment général de satisfaction et celui d'être heureux. Par ailleurs, des auteurs ont mis en évidence la contribution du soutien social des parents, des pairs et des enseignants au développement et à l'adaptation sociale des enfants et des adolescents.

Le soutien de la part des parents influencerait positivement le développement des enfants sur les plans cognitif, social et émotionnel. Chez les enfants du primaire, le soutien des parents serait associé à la confiance en soi et à l'adaptation sociale, tandis que le manque de soutien parental serait lié à des problèmes d'agressivité ou de timidité dans les relations avec les pairs (Berndt et Hestenes, 1996). Des études corrélationnelles ont montré que les adolescents qui faisaient l'objet d'un bon soutien parental présentaient moins de problèmes de dépression et de détresse psychologique, qu'ils avaient un cheminement scolaire normal et étaient moins enclins aux tentatives de suicide, à l'usage de drogues et d'alcool ainsi qu'aux comportements délinquants (Berndt et Hestenes, 1996). Les résultats de quelques études longitudinales seraient toutefois moins concluants quant aux liens susceptibles d'exister entre le soutien parental et différents problèmes d'adaptation sociale (Berndt et Hestenes, 1996).

D'autres études corrélationnelles ont permis d'établir un lien entre le soutien social des amis et certains aspects de l'adaptation scolaire des enfants et des adolescents, notamment en ce qui concerne le rendement scolaire et les relations avec les pairs; ces résultats ne sont cependant pas confirmés par les recherches longitudinales qui, dans l'ensemble, suggèrent néanmoins que le soutien social des amis améliorerait l'évaluation que les enfants et les adolescents font d'eux-mêmes, encouragerait la participation à des activités parascolaires et réduirait les sentiments dépressifs (Berndt et Hestenes, 1996).

Une étude menée par Garnefski et Diekstra (1996) à partir d'un échantillon d'adolescents sains ou présentant des problèmes émotionnels et de comportement a cependant permis de constater que les adolescents qui avaient une perception négative du soutien provenant de la famille présentaient à la fois des problèmes émotionnels et des problèmes de comportement. Cette étude a également permis de montrer qu'une perception négative du soutien de l'école était associée à des problèmes de comportement, tandis qu'une perception négative du soutien des pairs était associée à des problèmes émotionnels. Enfin, une perception négative de plusieurs sources de soutien avait un effet cumulatif important sur les problèmes présentés. Par ailleurs, des données tirées d'une étude longitudinale canadienne montrent que le soutien des enseignants est associé à un bon rendement scolaire chez des élèves de 10 et 11 ans, et ce, tant chez les garçons que chez les filles (Connolly, Hatchette et McMaster, 1998).

Dans l'ensemble, il ressort que le soutien social des parents, des amis et du personnel scolaire a une influence non négligeable sur le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents; de nouvelles recherches s'imposent toutefois pour préciser la nature des effets du soutien social et améliorer la connaissance des relations entre le soutien social et l'adaptation des enfants et des adolescents. Des recherches additionnelles s'imposent également pour mieux connaître les effets du soutien social des adultes autres que les parents sur le développement et l'adaptation des enfants et des adolescents.

---

3. Le mode d'action du soutien social sur la santé et le bien-être

On peut invoquer différentes théories pour expliquer la nature du soutien social et, de façon plus particulière, son rôle quant à la santé et au bien-être ou à la maladie physique et mentale. La théorie de l'attachement de Bowlby (1978) rend compte avant tout des antécédents et, jusqu'à un certain point, des conditions qui assureront, à l'âge adulte, une certaine satisfaction du soutien reçu de l'entourage, lequel soutien facilitera l'adaptation personnelle et sociale. Les théories de l'effet global et de l'effet tampon tentent d'expliquer, pour leur part, comment le soutien social agit sur la santé et le bien-être des personnes.

3.1 Les modèles théoriques

3.1.1 La théorie de l'attachement

Selon les tenants de la théorie de l'attachement (Sarason, Sarason et Pierce, 1992; Hazan et Shaver, 1987), le soutien social se construirait à partir de liens d'attachement marqués par la sécurité, établis dès la petite enfance. D'après cette théorie, l'enfant acquiert un sentiment de sécurité à partir de liens d'attachement sécurisants noués avec des personnes qui répondent de façon stable, répétée et adéquate à ses demandes, en premier lieu la mère et ensuite le père. Cette sécurité de base lui permet ultérieurement d'élargir le cercle de personnes avec qui il établira de nouveaux liens. Les conditions qui assurent un attachement sécurisant à la mère permettent d'abord la survie du jeune enfant et fournissent ensuite les bases non seulement des relations sociales ultérieures avec les différents représentants de son univers social, mais également de sa compétence en général pour explorer le monde. En effet, les gestes de la mère pour combler les besoins de son enfant et la capacité que ce dernier acquiert graduellement d'exprimer lui-même ses besoins et de recevoir une réponse appropriée de sa mère ont comme première fonction d'assurer la survie de l'enfant; la satisfaction des besoins fondamentaux permet également l'apparition de sentiments de sécurité et de confiance qui rendent l'enfant apte à s'éloigner graduellement de ses proches et à explorer son environnement avec assurance, lui donnant ainsi la possibilité de se développer non seulement au point de vue socioémotif, mais également aux points de vue moteur et cognitif. Les personnes qui auraient ainsi noué des liens d'attachement marqués par la sécurité durant l'enfance développeraient à la fois leur capacité d'établir des relations qui leur apportent du soutien à l'âge adulte et tout un répertoire d'habiletés cognitives qui les rend aptes à résoudre les difficultés de la vie quotidienne; cela leur permettrait d'avoir une perception positive du soutien qu'elles peuvent recevoir de leur entourage et de se maintenir plus facilement en santé, physiquement et mentalement. Bref, la satisfaction à l'égard du soutien perçu à l'âge adulte prendrait racine dans la sécurité des premiers liens d'attachement noués au début de la vie (Sarason, Pierce et Sarason, 1990).

3.1.2 Les théories de l'effet global et de l'effet tampon

En ce qui concerne le processus même selon lequel le soutien social affecterait la santé et le bien-être des personnes, les auteurs soulèvent principalement deux hypothèses qui ont donné lieu à deux théories souvent considérées comme contradictoires: la théorie de l'effet global et la théorie de l'effet tampon. Selon la première, le soutien social favoriserait la santé et le bien-être de tous, peu importe le niveau de stress et même en l'absence de conditions particulièrement stressantes. D'après la théorie de l'effet tampon, le soutien social n'est efficace, en ce qui concerne la protection de la santé et du bien-être, que dans les situations où

les personnes sont exposées au stress, son effet étant nul ou peu perceptible en dehors de telles situations (Cohen et Wills, 1985).

Selon la théorie de l'effet global, le soutien social agirait d'abord sur le bien-être des personnes en procurant un sentiment de confiance et de stabilité qui mène à la confiance en soi. L'intégration dans un réseau social susceptible de prodiguer diverses formes de soutien produirait un sentiment général de confort qui met à l'abri des expériences négatives, lesquelles sont susceptibles d'augmenter la probabilité de maladies physiques ou psychologiques. L'action du soutien social ne se traduirait pas par une relation directe faisant en sorte que l'état de santé ou de bien-être est directement proportionnel au soutien social offert; il y aurait plutôt un seuil de soutien social nécessaire à partir duquel les personnes échappent à la maladie physique ou psychologique et en deçà duquel elles sont isolées socialement et risquent plus d'avoir des problèmes physiques ou psychologiques (Cohen et Wills, 1985).

La théorie de l'effet tampon, pour sa part, suggère que le soutien social agit comme tampon contre les effets négatifs du stress ou réduit ces effets négatifs; le soutien social aurait un effet accru sur les personnes subissant un haut niveau de stress tandis qu'il aurait peu d'effet sur la santé et le bien-être des personnes vivant un niveau normal de stress. Selon les tenants de cette approche (Hobfall et Stephens, 1990; Cohen et Hoberman, 1983), les personnes qui jouissent d'un bon soutien social réussissent mieux à transiger avec les événements stressants que celles qui en ont un faible. Le soutien social agirait de deux façons pour contrer les effets du stress. Premièrement, il permettrait de modifier la réaction au stress en influençant la réaction à différents événements stressants; dit autrement, les personnes qui ont l'impression de jouir d'un soutien social adéquat interprètent différemment l'événement stressant, ce qui modifie la réaction au stress en suscitant une réponse mieux adaptée. Deuxièmement, il agirait sur le niveau de stress en le réduisant, ce qui aurait pour effet d'influencer directement les processus psychologiques ou physiologiques en cause dans la maladie.

Selon Cohen et Wills (1985), il n'y aurait pas d'opposition entre la théorie de l'effet global et la théorie de l'effet tampon; il s'agirait plutôt de deux processus différents, l'un ou l'autre pouvant être déclenché selon la nature de la situation. Ces deux processus feraient de plus appel à des dimensions distinctes du système de soutien social. En effet, alors que l'effet global du réseau social serait davantage attribuable à la dimension structurelle, c'est-à-dire au fait d'être intégré dans un réseau social diversifié, l'effet tampon se manifesterait quand certaines fonctions du soutien sont présentes. Alors que le sentiment d'appartenir à un réseau social satisfaisant aurait un effet global sur la santé et le bien-être, il faudrait sentir l'existence de certaines formes précises de soutien social pour faire face à différents types de situations stressantes. Ainsi, loin d'être contradictoires, ces deux théories

mettraient en évidence des processus distincts selon lesquels différentes dimensions du système de soutien social agissent pour influencer la santé et le bien-être (Cohen et Wills, 1985).

Alors que les chercheurs ont tantôt confirmé, tantôt infirmé les différentes hypothèses relatives au mode d'action du soutien social, plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que ni l'une ni l'autre hypothèse ne rend pleinement compte du processus selon lequel le soutien social agit pour favoriser la santé physique et mentale (Thoits, 1995; Callaghan et Morrissey, 1993; Tousignant et autres, 1987). D'autres recherches seront nécessaires afin d'élaborer un modèle théorique qui rende compte des mécanismes selon lesquels les contenus et les sources de soutien influencent les différents aspects de la santé et du bien-être.

3.2 Autres aspects du soutien social

En premier lieu, le fait de considérer le soutien social comme une action réciproque entre deux personnes – un donneur et un receveur – permet d'examiner le soutien social dans une perspective d'échanges entre personnes plutôt que dans la perspective du seul receveur quant au soutien attendu, perçu ou reçu. Il semble de plus en plus évident que le comportement d'une personne pour se procurer le soutien dont elle a besoin dépend de ses expériences antérieures de soutien social, tant le soutien qu'elle a elle-même reçu que celui qu'elle a déjà pu donner à des personnes de son entourage. Ces considérations ont amené des auteurs à examiner de plus près certains effets négatifs associés au fait de recevoir du soutien social (Thoits, 1995; Tousignant et autres, 1987). Le soutien social peut en effet affecter négativement le receveur, soit parce que le fait de rechercher du soutien peut représenter à ses yeux ou pour son entourage une marque de son incompétence à surmonter seul les difficultés qu'il rencontre, soit parce qu'il considère que le soutien reçu l'oblige à donner à son tour du soutien au donneur. Par ailleurs, certaines expériences de soutien social peuvent s'avérer éprouvantes, particulièrement dans les situations où le soutien est exigé pendant de longues périodes par des personnes avec qui le donneur a un lien affectif ou de parenté.

En second lieu, il est possible que le phénomène de réciprocité, selon lequel un éventuel receveur de soutien peut en donner à son tour, revête une certaine importance dans le confort ou les effets positifs associés au soutien social. Celui qui reçoit du soutien social, même si cela correspond à ses besoins, peut être mal à l'aise s'il perçoit qu'il ne peut rendre la pareille, sous une forme ou sous une autre. Ainsi, certains auteurs ont laissé entendre que la satisfaction retirée du système de soutien social pouvait être tributaire, pour une bonne part du moins, de la croyance en la possibilité d'échanges réciproques de soutien, le receveur étant confiant d'avoir la capacité et l'opportunité de prodiguer, à son tour, de l'aide ou du réconfort à la personne qui lui fournit du soutien (Hupcey, 1998b).

Certains auteurs ont souligné, en troisième lieu, la nécessité de dépasser la seule perspective des relations entre deux personnes pour comprendre le fonctionnement du soutien social. Il est possible en effet que le soutien social émane non pas de personnes en particulier, mais d'une communauté ou d'un groupe. La satisfaction par rapport au soutien social pourrait alors provenir du soutien reçu des personnes, mais également du sentiment d'appartenance à un groupe, qu'il s'agisse du voisinage, de groupes religieux ou d'associations basées sur le partage d'intérêts communs (Thoits, 1995).

Enfin, des recherches récentes ont souligné que les effets positifs du soutien social résidaient peut-être avant tout dans l'adéquation entre les besoins d'une personne et le soutien reçu dans une situation donnée. Il est en effet possible que certaines sources de soutien, tout comme certains contenus de soutien, soient plus adéquats dans certaines situations ou pour faire face à certains événements stressants (Thoits, 1995). Le soutien obtenu par l'accompagnement d'amis à une activité sociale pourrait, dans certaines situations, s'avérer plus efficace que le soutien émotionnel d'un conjoint. Cette idée d'adéquation entre les besoins et le soutien reçu mène à des considérations particulières relativement au soutien social des enfants et des adolescents lorsqu'il est envisagé dans une perspective de développement.

3.3 Le soutien social des enfants et des adolescents

L'attention récente portée au soutien social des enfants et des adolescents a en effet permis de constater des changements non seulement dans les contenus de soutien nécessaire, mais aussi dans la source de soutien recherchée selon les différents stades de développement auxquels les enfants et les adolescents sont parvenus et selon les tâches de développement qu'ils doivent réaliser. L'examen de l'évolution du système de soutien social au cours de l'enfance et de l'adolescence, sans fournir de réponse définitive quant au processus selon lequel le soutien social agit sur la santé et le bien-être, pourrait cependant permettre de mieux saisir la contribution du système de soutien social au développement.

3.3.1 Les sources et les fonctions du soutien social

L'examen de l'évolution du système de soutien social permet d'abord de constater que la source du soutien social change durant l'enfance et l'adolescence. Les parents représenteraient la principale source de soutien durant l'enfance, alors que les amis constitueraient la source la plus importante de soutien durant l'adolescence. Le soutien de la mère serait important pendant à peu près toutes les années du primaire, tandis que le soutien du père augmenterait graduellement durant cette période; le soutien de la mère serait généralement perçu comme plus positif que celui du père. De plus, le soutien parental diminuerait durant l'adolescence pour remonter au moment de l'entrée au collège; le soutien de la mère

diminuerait plus pour les garçons que pour les filles. Les adolescentes disent recevoir davantage de soutien de leurs amis durant cette période; il semble que le soutien des amis soit comparable chez les adolescents des deux sexes, mais les filles recevraient davantage de soutien de leurs amis. Bien qu'aucun modèle clair ne rende compte de l'évolution différenciée du soutien social chez les filles et les garçons, le fait que les adolescents disent recevoir moins de soutien des amis à un moment où le soutien parental perd de l'importance fait craindre un manque possible de soutien social durant cette étape du développement. Les parents et les amis rempliraient auprès des enfants et des adolescents l'ensemble des fonctions normalement attribuées au soutien social, l'aspect de la chaleur relationnelle marquant de façon particulière le soutien parental, et l'aspect de la camaraderie ainsi que la valorisation de soi, le soutien de la part des pairs (Berndt et Hestenes, 1996). De son côté, le soutien des membres de la famille élargie serait relativement important jusqu'à 10 ans environ et constituerait un pont vers des relations avec les pairs qui prennent de l'importance au fur et à mesure que l'adolescent développe son autonomie en s'affranchissant de ses parents (Levitt, Guacci-Franco et Levitt, 1993).

Outre les parents, d'autres adultes importants sont susceptibles d'apporter du soutien social aux enfants et aux adolescents. Les membres de la famille élargie, comme les grands-parents, les oncles et les tantes, ainsi que les enseignants et différentes autorités peuvent en effet jouer un grand rôle auprès des enfants et des adolescents. Ainsi, selon Scales et Gibbons (1996), les membres de la famille élargie compteraient parmi les adultes les plus importants aux yeux des adolescents, tandis que les acteurs du réseau plus formel des services représenteraient une source de soutien non négligeable pour les adolescents à risque. Les enseignants, quant à eux, occuperaient une place modeste dans le réseau social des jeunes : en effet, la majorité des enfants et des adolescents considéreraient recevoir plus de soutien de leurs parents ou de leurs amis que de la part de leurs enseignants qui représenteraient toutefois une source de soutien plus importante pour les enfants (Furman et Buhrmester, 1992). Une étude canadienne révèle cependant que des enfants de 10 et 11 ans considèrent recevoir un niveau élevé de soutien de la part de leurs parents et de leurs enseignants (Connolly, Hatchette et McMaster, 1998). Dans l'ensemble, on a peu de connaissances sur les caractéristiques structurelles et fonctionnelles du soutien social provenant des adultes autres que les parents; on ignore notamment si ces adultes jouent un rôle complémentaire à celui des parents ou s'ils assument davantage une fonction compensatoire auprès des enfants et des adolescents qui ne reçoivent pas un soutien suffisant ou adéquat de la part de leurs parents. On peut néanmoins supposer que les adultes qui font partie de la vie quotidienne des enfants et des adolescents, particulièrement les enseignants et d'autres personnes qui interviennent auprès des jeunes, constituent une source appréciable de soutien social (Scales et Gibbons, 1996).

Les questions soulevées à propos du soutien social fourni par d'autres adultes que les parents apparaissent particulièrement pertinentes si l'on considère l'augmentation du nombre de divorces et de séparations ainsi que la proportion importante d'enfants et d'adolescents qui vivent dans une famille monoparentale; on peut en effet se demander dans quelle mesure d'autres adultes que les parents peuvent répondre adéquatement aux besoins de soutien des enfants et des adolescents (Salzinger, Hammer et Antrobus, 1988). À ce propos, une recherche portant sur le réseau social des enfants à la suite du divorce des parents montre justement que, l'année qui suit le divorce, les enfants ont un réseau social moins dense, c'est-à-dire qu'il y a moins d'interconnexions entre les différentes personnes composant leur réseau que dans le cas d'enfants vivant dans des familles stables (Bouchard et Drapeau, 1991). Comme le divorce ou la séparation des parents expose les enfants à perdre de vue certaines personnes qui composaient leur réseau social, on peut penser que les enseignants ou d'autres adultes avec qui ils ont des liens significatifs et qui assurent une présence stable auprès d'eux pourraient constituer une source importante de soutien social, en particulier de soutien émotionnel.

3.3.2 Le contexte écologique de l'évolution du système de soutien social

Selon Tietjen (1988), la structure du système de soutien social et les fonctions qu'il remplit varient selon le contexte écologique dans lequel évolue l'enfant. Il faut s'attendre, par conséquent, à ce que le système de soutien social varie selon les époques et selon les contextes culturels. Le système de soutien social doit de plus s'adapter aux différents stades de développement, afin que l'enfant soit en mesure de réaliser les tâches de développement appropriées à son contexte et de répondre aux exigences de la société dans laquelle il vit. Il est donc probable que l'influence du soutien social sur le développement des enfants et des adolescents varie selon les différentes étapes du développement, selon les différents contextes culturels, selon les fonctions de soutien remplies et selon les sources de soutien; dans ce dernier cas, il faut tenir compte de l'identité des personnes assumant chacune des fonctions et du nombre de ces personnes (Bost, 1995; Feiring et Lewis, 1988). Les différentes fonctions de soutien expérimentées par l'enfant sont autant d'occasions de développer ses habiletés, la fréquence et la diversité de ses expériences de soutien social favorisant la richesse de ses relations sociales. Enfin, l'interconnexion des différentes sources de soutien social assure une certaine consistance entre les diverses demandes auxquelles l'enfant est soumis (Tietjen, 1988).

3.3.3 Les effets du soutien social

Si l'on reconnaît les effets positifs du soutien social sur le développement de la majorité des adolescents, il en irait tout autrement des adolescents qui manifestent déjà des comportements antisociaux. Une étude ayant porté sur des adolescents très susceptibles d'avoir des comportements antisociaux a en effet montré que le

fait d'appartenir à un groupe de pairs déviants et la satisfaction du soutien qui en découlait favorisaient le maintien des comportements antisociaux; alors que le soutien social aurait un effet protecteur chez les adolescents les moins déviants, il aggraverait les risques de comportements antisociaux chez les adolescents les plus déviants. Le fait d'avoir une relation avec un partenaire de l'autre sexe ferait cependant exception et exercerait un rôle protecteur chez les filles les plus déviantes. Par ailleurs, le fait de ne pas appartenir à un groupe de pairs constituerait un risque pour les adolescents les moins déviants et une protection pour les plus déviants; les effets d'un faible soutien social seraient cependant plus marqués que ceux d'un soutien social satisfaisant. Dans l'ensemble, tout se passe comme si le fait d'appartenir à un groupe de pairs, à qui l'adolescent ressemble généralement, affaiblissait la motivation à changer et favorisait le maintien des comportements adoptés jusque-là (Bender et Lösel, 1997).

4. Les interactions entre le soutien social et d'autres facteurs relatifs aux enfants, aux adolescents ou à leurs parents

Il existe des liens importants entre le système de soutien social et d'autres déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. Jusqu'à un certain point, les interactions entre les expériences de soutien social et d'autres déterminants permettent même de clarifier le mode d'action du soutien social chez les enfants et les adolescents.

4.1 Le soutien social et l'attachement parents-enfants

La théorie de l'attachement invoquée pour expliquer le mode d'action du soutien social a déjà permis d'entrevoir la relation qui semble exister entre le soutien social et l'attachement parents-enfants (Bowlby, 1978). Il appert en effet que la qualité de cet attachement constitue la base sur laquelle se construit le système de soutien social. Les liens avec les premières figures d'attachement permettraient à l'enfant de développer un modèle qu'il utilise pour nouer de nouvelles relations avec des personnes avec qui il pourra échanger du soutien. Des recherches ont par ailleurs montré que les représentations de l'attachement aux parents étaient associées à des perceptions positives du soutien social venant tant de la famille que de personnes extérieures à la famille. Les adolescents qui se sentent aimés et acceptés par leurs parents auraient en effet la perception qu'ils reçoivent plus de soutien de leur environnement que les adolescents qui se sentent rejetés par leurs parents. L'expérience d'attachement influencerait ainsi la perception qu'ont les adolescents des ressources offertes dans leur milieu, et ce, particulièrement à l'occasion d'événements stressants (Larose et Boivin, 1997). Ces résultats sont conformes à ceux des recherches ayant montré une forte corrélation entre le soutien qui provenait

des parents et celui qui provenait des amis (Franco et Levitt, 1998; Berndt et Hestenes, 1996). L'attachement mènerait au soutien social qui, à son tour, favoriserait l'adaptation sociale et émotionnelle.

4.2 Le soutien social et la compétence sociale

Bost et ses collaborateurs (1998) proposent pour leur part un modèle qui décrit les relations entre l'attachement, le soutien social et la compétence sociale. Selon ce modèle, la qualité de l'attachement parents-enfants procurerait à l'enfant la base nécessaire pour se construire un réseau de soutien qui satisfait ses besoins. Par ailleurs, l'attachement contribuerait à l'apparition de la compétence sociale en exposant l'enfant à un modèle de relations interpersonnelles positives qu'il peut reproduire avec d'autres personnes. Les expériences de soutien social avec les parents, d'autres adultes et les pairs constitueraient autant de ressources et d'occasions qui permettent à l'enfant de développer progressivement sa compétence sociale grâce à l'expérimentation de relations réciproques. Bref, la compétence sociale se construirait à partir de l'attachement et des expériences de soutien social.

Feiring et Lewis (1988) vont dans le même sens en affirmant que la socialisation est l'apprentissage à devenir membre d'un réseau social. La composition du réseau social et les expériences de soutien social permettent à l'enfant et à l'adolescent d'apprendre à être en relation avec d'autres personnes, et ce, tant par observation que par expérimentation. La diversité du réseau social et la qualité du soutien social alimenteraient ainsi le processus de socialisation. Le soutien social jouerait une fonction de socialisation pour les enfants et les adolescents, en leur permettant d'expérimenter non seulement la connexion aux autres, mais également le détachement des autres, qui est essentiel au développement de l'autonomie (Bryant, 1994).

D'autres auteurs ont insisté sur l'aspect bidirectionnel des relations entre le soutien social et la compétence sociale (Röhrle et Sommer, 1994; van Aken, 1994). Le réseau social et le soutien social contribueraient à la socialisation de l'enfant, tandis que la compétence sociale conférerait aux enfants et aux adolescents les habiletés nécessaires pour établir de nouvelles relations et les maintenir. Le soutien social permettrait ainsi d'établir et de stabiliser les relations sociales tandis que la compétence sociale fait en sorte que les enfants, et les adolescents en particulier, disposent des habiletés nécessaires pour établir et maintenir des relations qui les assurent d'un soutien adéquat, leur permettant ainsi d'évoluer dans un environnement riche en soutien sous toutes ses formes (Röhrle et Sommer, 1994).

4.3 Le soutien social et l'estime de soi

Le soutien social serait également associé à l'estime de soi qui constituerait l'une de ses fonctions essentielles (Tousignant et autres, 1987). Le soutien provenant

des parents et des adultes, en particulier, serait associé à une meilleure estime de soi chez les enfants et les adolescents. Le soutien social des amis contribuerait, pour sa part, à l'estime de soi des adolescents et des adultes, sa contribution étant moins clairement établie chez les enfants (Franco et Levitt, 1998). Il faut cependant souligner la nécessité de mener d'autres travaux pour préciser les relations entre le soutien social et l'estime de soi, certaines recherches ayant confirmé cette association tout en révélant des liens plus faibles que prévu entre ces deux déterminants (Blyth et Traeger, 1988). Dans l'ensemble, on admet l'importance particulière de la relation entre l'estime de soi et le soutien social en raison du rôle de médiateur qu'on reconnaît au concept de soi relativement à plusieurs aspects de la santé et du bien-être (Harter, 1998).

Il est aisé de concevoir comment le soutien social contribue à l'estime de soi des enfants et des adolescents. Le fait de se sentir acceptés et soutenus par les parents aide les enfants et les adolescents à développer le sentiment de leur valeur personnelle. Les relations positives, tant avec les autres adultes qu'avec les pairs, valorisent pour leur part les enfants et les adolescents tout en leur permettant de développer un sentiment de compétence. Les expériences de soutien social fournissent ainsi autant d'occasions de développement aux enfants et aux adolescents en leur permettant d'être appréciés par les autres et, de là, d'apprendre à s'apprécier eux-mêmes. Enfin, il est possible que le soutien des parents et des amis s'inscrive dans une trajectoire de développement qui ferait en sorte que le soutien parental éveille les enfants et les adolescents au processus du soutien social par les pairs, chacune de ces sources et formes de soutien contribuant à l'apparition progressive de l'estime de soi (Franco et Levitt, 1998).

5. Les interventions pour augmenter le soutien social des enfants et des adolescents

L'importance manifeste du soutien social comme déterminant de la santé et du bien-être soulève une question cruciale quant aux interventions susceptibles d'agir efficacement sur ce déterminant durant l'enfance et l'adolescence. Le but ultime de ces interventions doit être de s'assurer que les enfants et les adolescents ont accès aux divers types de soutien social permettant de répondre à leurs besoins, et ce, en tenant compte des caractéristiques particulières des différentes étapes de leur développement ainsi que des exigences et des opportunités propres à chacune de ces étapes. On peut dès lors s'interroger sur les façons les plus appropriées :

- de rendre les enfants et les adolescents en mesure de demander le soutien dont ils ont besoin et de s'entourer des personnes susceptibles de répondre à leurs besoins en cette matière ;

- d'agir sur le réseau social afin de permettre que les personnes constituant ce réseau puissent fournir aux enfants et aux adolescents la qualité et la quantité de soutien dont ils ont besoin;
- d'agir sur l'environnement social des enfants et des adolescents de manière à donner à ces jeunes des occasions de se constituer un réseau social satisfaisant et de combler les lacunes éventuelles en leur offrant de nouvelles sources de soutien social.

Il importe donc d'examiner les différentes interventions expérimentées à ce jour et qui ont démontré leur efficacité en ce qui a trait à l'influence positive sur le réseau social et sur le soutien offert aux enfants et aux adolescents ainsi qu'aux effets positifs sur leur santé et leur bien-être.

5.1 Les types d'intervention et leur efficacité

Jusqu'à maintenant, les interventions expérimentées pour influencer le soutien social se sont adressées avant tout aux personnes, jeunes ou adultes, qui présentaient des difficultés ou encore aux personnes ou aux groupes susceptibles de présenter différents problèmes de santé physique, de santé mentale ou d'adaptation sociale. L'examen des programmes axés sur le soutien social effectué par Gottlieb (1998, 1996), par Price et ses collaborateurs (1993) ainsi que par Tousignant et ses collaborateurs (1987) permet de distinguer les catégories suivantes d'intervention :

- les pratiques de réseaux;
- les groupes de soutien;
- l'aide par les pairs;
- le soutien individuel;
- les groupes organisés d'activités communautaires, sportives et culturelles;
- la modification de l'environnement social.

Suivent une description de chacune de ces catégories d'intervention ainsi qu'une synthèse des résultats d'évaluation de programmes s'y rapportant, lorsqu'il en est.

5.1.1 Les pratiques de réseaux

Les pratiques de réseaux sont des formes d'intervention basées sur différentes approches thérapeutiques dont la particularité est de mettre à contribution des membres importants du réseau social d'une personne pour définir le problème de cette personne ainsi que pour trouver et mettre en œuvre des solutions. Avec l'accord de la personne, différentes figures importantes de son réseau social sont identifiées et conviées à participer au processus thérapeutique. Cette forme d'intervention présente le double avantage de mettre à contribution le réseau social d'une

personne pour enrichir l'analyse du problème et de mobiliser les personnes importantes du réseau dans le processus de changement (Blanchet, Edisbury et Petitclerc, 1995; Tousignant et autres, 1987). Les pratiques de réseaux sont utilisées auprès de personnes souffrant de schizophrénie ou présentant d'autres problèmes psychiatriques, auprès de personnes présentant des difficultés émotionnelles et auprès de personnes suicidaires; elles ont été expérimentées avec des populations de différents âges, des enfants jusqu'aux personnes âgées.

Alors que d'aucuns considèrent les pratiques de réseaux comme un processus lourd et onéreux, d'autres estiment que le recours au réseau est un élément précieux dans la mise en œuvre de solutions durables et efficaces à plusieurs problèmes. Ce mode d'intervention présente aussi l'avantage de montrer les lacunes dans le soutien social dont dispose la personne qui consulte, lacunes qu'elle peut ensuite tenter de combler. En ce sens, les pratiques de réseaux comportent des dimensions liées à la prévention et à la promotion puisqu'elles agissent sur la construction des systèmes de soutien social, même si le point d'ancrage de ces systèmes se situe dans un processus de soins.

Dans l'ensemble, peu d'études systématiques permettent cependant de déterminer l'efficacité générale des pratiques de réseaux (Tousignant et autres, 1987), encore moins dans le traitement des problèmes présentés par les enfants et les adolescents (Blanchet et autres, 1991). Les résultats d'une expérimentation menée au service de pédopsychiatrie d'un hôpital montréalais auprès d'enfants et de membres de leur réseau révèlent néanmoins que ce mode d'intervention donne de meilleurs résultats qu'une intervention plus conventionnelle en ce qui concerne les changements dans l'environnement social de l'enfant perçus par les parents, la compréhension du problème par ces derniers ainsi que l'augmentation du nombre de personnes auxquelles les enfants se disent attachés (Blanchet et autres, 1991).

5.1.2 Les groupes de soutien

Les groupes de soutien se composent essentiellement de personnes qui ont un problème commun et qui recherchent un soutien mutuel. Les termes *groupe d'aide mutuelle*, *groupe d'entraide* et *groupe de pairs* sont également utilisés pour désigner de tels groupes dont le fonctionnement peut varier, notamment, au regard de l'exercice de la fonction d'animation; en effet, alors que, dans certains groupes, l'animation est assurée par les membres, dans d'autres, elle est confiée à un professionnel. Ces groupes sont généralement formés de huit à dix personnes qui se rencontrent de façon régulière en vue de mettre leur expérience en commun, d'exprimer et de recevoir de l'empathie, bref de s'apporter mutuellement du réconfort pour pouvoir faire face au problème qu'elles vivent ou à la situation de crise qu'elles traversent. Les groupes de soutien permettent ainsi aux participants de se rassurer au contact de personnes aux prises avec les mêmes difficultés, d'être

réconfortés par le soutien reçu des autres, d'être valorisés par le soutien qu'ils apportent, d'échanger de l'information et, enfin, de développer un sentiment d'appartenance et d'avoir une certaine emprise sur leur vie (Ramsey, 1992 ; Tousignant et autres, 1987).

Différents types de groupes de soutien se sont formés selon des thèmes non moins différents, qu'il s'agisse de l'éducation des enfants, d'une maladie physique chronique, de problèmes psychiatriques, de soins à prodiguer à un proche qui souffre d'une maladie physique ou psychiatrique, de problèmes associés à la consommation de drogues ou d'alcool, ou encore de situations de crise comme un deuil ou une séparation. Des groupes comme *Parents anonymes* et *Alcooliques anonymes* ont même acquis une notoriété certaine (Kurtz, 1990).

Alors que des évaluations ont mis en évidence les effets positifs de la participation à un groupe de soutien sur la santé, le bien-être, la satisfaction par rapport au soutien social ou encore la composition du réseau de soutien, d'autres évaluations concluent au peu d'effets d'une telle participation. Il est difficile de porter un jugement d'ensemble sur les groupes de soutien, ces groupes se distinguant non seulement par la nature du problème visé, mais également par les caractéristiques des participants et par le fonctionnement (Tousignant et autres, 1987). De nombreux auteurs font état d'études ayant montré les résultats positifs de la participation à des groupes de soutien pour des adultes souffrant de maladies cardiovasculaires (Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996), de cancer (Hitch, Fielding et Llewelyn, 1994) ou de problèmes psychiatriques (Tousignant et autres, 1987), vivant un deuil (Ramsey, 1992) ou une transition, comme le fait de devenir parents (Tousignant et autres, 1987), ou tentant de modifier certaines habitudes de vie relatives, par exemple, à l'alimentation (Kelsey, Earp et Kirkley, 1997). D'autres auteurs signalent les résultats positifs de la participation à des groupes de soutien obtenus par des enfants et des adolescents devant faire face au divorce de leurs parents (Gottlieb, 1998) ou à une maladie physique comme le diabète (Burroughs, Harris et Santiago, 1997).

Dans l'ensemble, les résultats positifs observés à la suite de la participation à des groupes de soutien chez des personnes ayant divers problèmes de santé mentale ou physique confirment, d'une part, l'effet du soutien social sur plusieurs aspects de la santé et du bien-être des personnes et, d'autre part, l'efficacité des groupes de soutien à améliorer la quantité ou la qualité du soutien social et, de là, à influencer positivement la santé physique ou mentale. Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'on a peu de connaissances sur les liens entre l'efficacité des groupes de soutien et les caractéristiques des participants, sur le contenu ainsi que sur les modalités d'application des programmes et que, par ailleurs, certaines études n'ont pas permis de mettre en évidence les effets positifs de ce type d'intervention. On peut toutefois souligner les niveaux élevés de satisfaction des participants

généralement enregistrés dans de nombreuses évaluations des groupes de soutien; cet élément amène certains auteurs à soulever l'hypothèse que les variables susceptibles de traduire les effets de tels groupes n'ont peut-être pas toutes été l'objet des mesures prises jusqu'à maintenant (Gottlieb, 1996; Tousignant et autres, 1987). Il est également possible que ces groupes ne produisent les effets désirés que sous certaines conditions qui n'ont pas encore été établies.

5.1.3 L'aide par les pairs

Les programmes faisant appel aux pairs sont souvent axés sur la prévention de problèmes physiques ou psychologiques précis ou encore sur la promotion d'un aspect particulier de la santé ou du bien-être. Ces programmes confient la responsabilité de l'intervention à des pairs, c'est-à-dire à des personnes issues du même milieu que la population à laquelle ils s'adressent. Ces programmes, désignés sous les vocables de *pairs aidants*, *leadership par les pairs* ou *counseling par les pairs*, prévoient le recrutement de personnes perçues positivement par leurs pairs, la formation de ces personnes relativement au problème à résoudre et l'encadrement de ces mêmes personnes tout au long du programme. Ces pairs aidants sont chargés de transmettre l'information reçue et d'apporter du soutien soit aux personnes à risque, en raison de leur vulnérabilité, soit à celles qui en font la demande. Selon les paramètres de chacun des programmes, les activités sont individuelles ou collectives et l'accent est mis tantôt sur l'information transmise, tantôt sur le soutien émotionnel fourni. L'aide par les pairs est particulièrement indiquée pour les activités de promotion et de prévention relatives aux relations sexuelles et aux grossesses précoces, aux maladies transmissibles sexuellement, au suicide, à la consommation d'alcool ou de drogues, au tabagisme, à la violence et aux abus sexuels. L'aide par les pairs est basée sur l'idée que les adolescents se tournent plus volontiers vers leurs pairs pour s'informer, se confier ou demander de l'aide (Berkley-Patton et autres, 1997).

Alors que certains programmes de pairs aidants axés sur la promotion d'une saine sexualité et sur la prévention des grossesses à l'adolescence, des maladies transmissibles sexuellement et du sida ont eu un effet positif en ce qui concerne l'abstinence de relations sexuelles et le port du condom (Caron, dans Godin et Michaud, 1998) ainsi que la diminution des grossesses à l'adolescence (Légaré, 1989), d'autres programmes ont obtenu des résultats moins probants, notamment pour ce qui est de la prévention du tabagisme (Jambon, 1996) et de l'abus de drogues et d'alcool (Tousignant et autres, 1987). Encore là, d'autres études seront nécessaires afin de préciser les modalités selon lesquelles les programmes de pairs aidants peuvent, par l'intermédiaire du soutien social qu'ils fournissent, s'avérer vraiment efficaces pour agir sur différents déterminants de la santé et du bien-être.

5.1.4 Le soutien individuel

Les programmes de soutien individuel consistent en interventions par lesquelles du soutien est apporté individuellement à un enfant ou à un adolescent par un adulte, appelé *parrain*, *marraine* ou *mentor*, ou encore par un pair, alors désigné sous le nom de *tuteur*. Outre la source de soutien, le type de soutien fourni et les caractéristiques de la population visée permettent de distinguer ces programmes.

Les programmes les plus connus, et sans doute les plus largement répandus, sont ***les programmes de parrainage*** du type *Grands frères, grandes sœurs*. Ces programmes reposent sur le jumelage entre un adulte volontaire et un enfant ou un adolescent qui présente généralement certains facteurs de risque quant à son adaptation personnelle et sociale; les enfants ou adolescents qui présentent un handicap physique, un handicap intellectuel ou un problème psychiatrique, ou encore les enfants de familles monoparentales et de milieux défavorisés constituent souvent la cible de telles interventions. Le but de ces programmes est généralement de fournir un modèle d'adaptation positif aux enfants ou aux adolescents et d'apporter du soutien émotionnel.

On a relevé trois évaluations récentes de ce type de programme réalisées à partir d'un protocole de recherche expérimental. Pour deux de ces programmes, aucune différence significative n'est enregistrée, à la suite d'une intervention d'une durée de douze à dix-huit mois, entre les enfants parrainés et ceux d'un groupe de comparaison en ce qui concerne le concept de soi, le rendement scolaire, la relation parents-enfants et les troubles du comportement (Royse, 1998; Abbott et autres, 1997). Les auteurs invoquent, notamment, la courte durée de l'intervention et la faible taille de l'échantillon pour expliquer ces résultats décevants. Une autre évaluation, à laquelle ont participé près de mille enfants et adolescents, a cependant donné des résultats plus encourageants. À la suite d'un parrainage d'une durée de douze mois, le groupe des participants se distingue avantageusement du groupe de comparaison pour ce qui est des dimensions suivantes : la consommation d'alcool et de drogues illégales, le concept de soi, le rendement scolaire, l'absentéisme à l'école et le soutien social des pairs. Les résultats sont cependant moins probants concernant certains aspects de la relation parents-enfants et les comportements antisociaux, et aucune différence n'est observée par rapport au groupe de comparaison pour ce qui est de la participation à des activités culturelles et sociales (Grossman et Tierney, 1998). Les auteurs expliquent les résultats positifs obtenus en soulignant plusieurs particularités du programme évalué. Contrairement aux deux premiers programmes mentionnés, le programme évalué par Grossman et Tierney (1998) insiste sur la rigueur de la procédure de sélection des parrains et du jumelage entre les parrains et les jeunes, sur l'entraînement et la supervision systématiques des parrains, sur l'intensité de l'intervention ainsi que

sur le suivi de l'expérience de parrainage auprès des jeunes eux-mêmes et de leurs parents.

Il semble donc exister des différences notables entre les interventions de parrainage, même entre celles qui sont regroupées sous l'appellation *Grands frères, grandes sœurs*. Même si ces différents programmes mettent l'accent sur la relation avec l'adulte, ils le font dans un cadre plus ou moins défini et par l'intermédiaire d'activités plus ou moins structurées. Gottlieb (1998) souligne que ces programmes procurent souvent un soutien diffus, sans que soient précisés ni le contenu de l'intervention, ni la fréquence des rencontres, ni le contexte dans lequel s'insèrent les interactions entre le parrain ou la marraine et l'enfant ou l'adolescent. Les recherches futures devront être orientées de façon à cerner les composantes des programmes qui favorisent l'efficacité de l'intervention, notamment en ce qui concerne les critères d'appariement qui assurent la stabilité et la qualité de la relation ainsi que l'encadrement et le suivi des parrains ou des marraines.

Les programmes de mentorat, que certains auteurs assimilent aux programmes de parrainage, reposent également sur une relation entre un adulte et un enfant ou un adolescent. Le mentorat fait toutefois plus généralement référence à une intervention structurée autour d'activités ou de tâches plus précises que dans le parrainage, le mentor ayant une expertise ou de l'expérience au regard de ces activités ou tâches. Plusieurs programmes de mentorat ont pour but d'apporter un soutien instrumental aux enfants ou aux adolescents, notamment sous forme d'aide aux leçons et aux devoirs ou de préparation à l'emploi. Le mentor sert de modèle, comme dans les programmes de parrainage, mais, en plus, il aide, encadre et accompagne l'enfant ou l'adolescent dans la réalisation d'activités particulières tout en lui fournissant du soutien émotionnel (Jacobi, 1991).

Des projets de mentorat axés sur les études et la préparation à l'emploi, qui mettaient à contribution des entreprises du secteur privé, ont donné des résultats intéressants en ce qui concerne la persistance scolaire, la réintégration dans un programme d'études et l'intégration au marché du travail (Anisef, 1998; Gottlieb, 1998; Price et autres, 1993). Par ailleurs, l'évaluation de projets de mentorat axés sur le soutien d'enfants et d'adolescents de milieux défavorisés révèle que ce type d'intervention influence le niveau d'aspiration des élèves, augmente leur intérêt envers l'école et améliore leur rendement scolaire (Lee et Cramond, 1999). Toutefois, des résultats moins concluants ont été enregistrés dans d'autres programmes (Freedman, dans Gottlieb, 1998). Les critères d'appariement, la durée de l'intervention et le soutien des mentors sont autant de facteurs considérés comme susceptibles d'influencer l'efficacité du mentorat.

Le tutorat par les pairs constitue le dernier type de soutien individuel. Tout comme le mentorat, le tutorat par les pairs fait généralement appel à des dyades, l'enfant ou l'adolescent étant alors accompagné ou aidé par un pair plutôt

que par un mentor adulte; il est également possible que le tutorat s'effectue en groupe. Le tuteur peut être plus âgé que l'enfant qui fait l'objet de tutorat et être d'un niveau scolaire supérieur au sien. Il peut s'agir d'un enfant ou d'un adolescent plus compétent dans un domaine venant en aide à un pair qui éprouve des difficultés dans ce même domaine. Toutefois, dans certains cas, le tutorat se déroule entre deux enfants du même âge et du même degré scolaire; il arrive aussi que le tutorat prenne des allures de réciprocité, chacun des enfants assumant à tour de rôle la fonction de tuteur selon l'apprentissage à faire et l'habileté à acquérir (Topping, 1996).

Le tutorat est souvent utilisé dans le cadre d'activités scolaires ou sportives. Le recours aux pairs comme tuteurs a pour avantage non seulement de fournir un soutien instrumental à certains enfants ou adolescents en difficulté, mais souvent de changer la perception du groupe à leur égard. Le tutorat par les pairs constitue l'un des principaux moyens d'intervention utilisés dans l'enseignement coopératif (Meyer et autres, 1995). Vitaro et ses collaborateurs (1994) rapportent plusieurs expériences de tutorat ou d'activités coopératives ayant eu des effets bénéfiques sur les liens interpersonnels et sur les comportements sociaux des enfants et des adolescents participants. Une analyse de programmes américains de tutorat menés dans les écoles conclut à l'efficacité de tels programmes en ce qui concerne les apprentissages cognitifs, les attitudes et l'estime de soi (Topping, 1996). Le tutorat profiterait également au tuteur en lui permettant de développer sa confiance en lui-même, ses habiletés interpersonnelles et son sens des responsabilités (Dearden, 1998). L'entraînement des tuteurs, la structuration des périodes de tutorat (Topping, 1996) et le soutien des enseignants (Vitaro et autres, 1994) seraient par ailleurs des éléments essentiels à la réussite de ce type d'intervention en classe.

5.1.5 Les groupes organisés d'activités communautaires, sportives et culturelles

La participation à divers groupes organisés d'activités communautaires, sportives et culturelles constitue un autre moyen de renforcer le soutien social des enfants et des adolescents. En effet, la participation à des activités organisées permet aux enfants et aux adolescents de jouir du soutien d'un groupe de pairs engagés avec eux dans ces activités, de développer un sentiment d'appartenance à ce groupe et d'expérimenter la dimension de réciprocité souvent sollicitée dans les apprentissages ou les tâches qui en font partie. De plus, la participation à un groupe organisé d'activités structurées multiplie les occasions pour les enfants et les adolescents de recevoir du soutien émotionnel sous forme d'appréciation et de valorisation de leurs capacités et de leurs efforts. Même si la contribution du soutien social fourni dans le cadre de ces activités n'a pas fait l'objet d'un examen particulier, on reconnaît toutefois que la participation à de telles activités permet aux enfants et aux adolescents, outre d'acquérir des habiletés dans différentes

disciplines, d'augmenter leur estime de soi et de diminuer les risques de problèmes affectifs et comportementaux ainsi que d'abandon précoce des études (Offord, Lipman et Duku, 1998; Price et autres, 1993).

Un programme mené dans une ville canadienne, le *Participate and Learn Skills* (PAL), comprenait l'organisation d'une quarantaine de projets d'activités sportives et récréatives dans diverses disciplines à l'intention des enfants âgés de 5 à 15 ans vivant dans un complexe de logements subventionnés. Le programme prévoyait différentes étapes mises en œuvre par deux intervenants sociaux d'un centre communautaire. Ces intervenants devaient d'abord recruter les enfants, favoriser leur participation soutenue au programme grâce à des contacts personnalisés et organiser des activités permettant aux enfants d'acquérir la motivation et les habiletés nécessaires pour ensuite participer à des programmes destinés à l'ensemble de la population. L'évaluation du programme a montré une excellente participation au programme au moment de son implantation, 70 % des enfants ciblés ayant participé à l'une ou l'autre des activités du programme. Par comparaison à un groupe semblable d'enfants n'ayant pas eu accès à une telle initiative, les enfants participants n'ont cependant pas amélioré leur estime de soi, leur rendement scolaire ou leurs comportements familiaux; de plus, seul un petit nombre de participants au PAL a réussi à s'intégrer aux programmes destinés à la population générale. Toutefois, les enfants mineurs ayant participé au PAL ont fait l'objet de moins d'arrestations au cours des trente-six mois qu'a duré l'intervention qu'au cours des vingt-quatre mois qui l'avaient précédée (Jones et Offord, 1989). Les auteurs attribuent certains résultats décevants du programme au financement réduit et aux modifications au projet initial imposées par la ville responsable du projet, notamment en ce qui concerne la gratuité des activités et le suivi personnalisé des enfants (Gottlieb, 1998).

D'autres programmes sont plutôt axés sur la participation à des activités communautaires entre pairs, comme les activités des maisons de jeunes au Québec. D'autres consistent en des services communautaires rendus par des enfants et des adolescents à des enfants handicapés, par exemple, ou à des personnes âgées (Gottlieb, 1998). On connaît peu l'effet de tels programmes, notamment sur le soutien social perçu par les enfants et les adolescents et sur différents aspects de leur vie personnelle et sociale.

5.1.6 La modification de l'environnement social

Les interventions faisant appel au soutien social comprennent, outre des éléments qui sont centrés sur les personnes et sur les groupes, des mesures qui visent à modifier l'environnement social de façon à accroître ou à adapter le soutien social offert aux enfants et aux adolescents. Ces interventions consistent à organiser l'environnement social des enfants et des adolescents de façon à s'assurer

que ces derniers reçoivent le soutien dont ils ont besoin de la part des adultes qui les entourent ou encore à favoriser l'échange de soutien social entre jeunes pairs (Gottlieb, 1998). Ces mesures sont prises dans les milieux de vie des jeunes et les principaux programmes recensés visent la modification de l'environnement scolaire.

Certains projets ont mis l'accent sur les transitions scolaires, en particulier la transition entre le cours primaire et le cours secondaire (Dyck, Mishara et White, 1998; Price et autres, 1993). Ces projets visent à confier aux enseignants et aux membres du personnel scolaire un rôle d'accueil particulier au moment des transitions importantes afin de mieux informer les élèves du fonctionnement de l'école et de leur offrir un soutien émotionnel personnalisé. Un projet américain, le *School Transitional Environment Project* (STEP), facilite ainsi la transition à l'école secondaire en permettant aux enseignants d'offrir un soutien personnalisé aux élèves, en facilitant la stabilité des relations entre les élèves et en modifiant l'environnement physique de façon à ce que les élèves se familiarisent plus rapidement avec l'école. Ce programme aurait fait augmenter le rendement scolaire et l'estime de soi des élèves en même temps qu'il aurait fait diminuer le décrochage; des évaluations ont également permis de constater que les effets positifs du programme se maintenaient au cours des années ultérieures (Felner et Adan, 1988). Un autre programme américain visant à augmenter le soutien des parents et des enseignants à l'intention des élèves aurait permis d'améliorer le rendement scolaire et de réduire les problèmes de discipline; les élèves participaient à deux rencontres de discussion par semaine, les enseignants recevaient une formation et un suivi particuliers visant à améliorer le soutien qu'ils fournissaient aux élèves, tandis que les contacts avec les parents étaient multipliés et diversifiés (Bien et Bry, 1980).

Des programmes tentent d'augmenter le soutien formel mis à la disposition des élèves en intégrant divers services sociaux et de santé à l'intérieur même des écoles. Le programme *Ryerson Outreach*, implanté dans une école pluriethnique défavorisée d'une ville canadienne, transforme l'école en un centre de services communautaires qui accueille des professionnels offrant divers services de santé physique et mentale, des services sociaux ainsi que des services de garde. L'idée sous-jacente au programme est de mieux coordonner le travail de l'école et des différents services afin d'améliorer la qualité de vie et le rendement scolaire des élèves. Les seuls résultats connus à l'heure actuelle proviennent d'un sondage réalisé auprès des enseignants de l'école. Selon ce sondage, les principaux avantages du programme seraient de dépister plus tôt les enfants qui ont des besoins particuliers, de diminuer le nombre et la gravité des troubles du comportement et des actes de vandalisme ainsi que d'augmenter le respect des élèves envers leurs pairs et leurs enseignants. Une évaluation plus systématique des effets de ce programme est en cours et devrait fournir des résultats plus objectifs que ceux qui ont été obtenus à ce jour (Steinhauer, 1998).

D'autres programmes visent plus particulièrement l'offre de certains services de santé en milieu scolaire en mettant en place des cliniques de santé, offrant aussi parfois des services sociaux dans les écoles ou encore en facilitant l'accès à de telles cliniques situées à proximité des écoles. Certaines cliniques proposent un éventail assez vaste de services, notamment des services psychosociaux et de santé mentale (Harold et Harold, 1993), alors que d'autres sont centrées sur des questions particulières, comme la planification des naissances et les maladies transmissibles sexuellement. Plusieurs études ont mis en évidence les effets positifs de la présence de ces cliniques, particulièrement en ce qui concerne la prévention des grossesses à l'adolescence, le nombre d'enfants nés de mères adolescentes et l'utilisation de moyens de protection pendant les relations sexuelles (Zabin et autres, 1986a, 1986b).

5.2 Les interventions à privilégier

La recherche doit se poursuivre afin de mieux préciser les types d'intervention à privilégier pour favoriser la mise en place de systèmes de soutien social pour les enfants et les adolescents ainsi que l'accessibilité à de tels systèmes. Les recherches futures devront prendre en considération les différentes étapes du développement des enfants et des adolescents, les caractéristiques personnelles, familiales et culturelles de ces jeunes ainsi que les diverses situations auxquelles ils doivent faire face.

Compte tenu de l'importance du soutien social comme déterminant de la santé et du bien-être, il semble que **les interventions visant à améliorer l'environnement social de l'ensemble des enfants et des adolescents méritent une place particulière**. Ces interventions devraient mettre l'accent sur la recherche de moyens susceptibles d'améliorer le soutien fourni par les adultes faisant partie de l'environnement habituel des enfants, notamment les parents – en raison de l'importance de la relation initiale d'attachement –, les autres adultes faisant partie de la famille, les enseignants, le personnel des services de garde et les autres adultes exerçant une fonction d'autorité auprès des enfants. De telles interventions peuvent non seulement améliorer le soutien social mis à la disposition de tous les enfants et adolescents, mais en même temps compenser les carences de certains d'entre eux. Par ailleurs, l'aide par les pairs, le tutorat, la participation à des activités structurées supervisées par les adultes et toute intervention visant à stimuler la coopération entre les enfants et les adolescents semblent également de nature à enrichir le soutien social fourni aux enfants et aux adolescents.

Les pratiques de réseaux représentent, dans le champ du traitement, un modèle d'intervention prometteur, en raison de leurs dimensions touchant la promotion et la prévention. Ces dimensions sont liées, notamment, à l'organisation et à la consolidation du soutien social que ces pratiques favorisent. Au-delà des

interventions à offrir aux personnes en traitement, de nouvelles évaluations doivent être faites afin de mieux déterminer les interventions les plus indiquées pour des enfants présentant différents facteurs de risque susceptibles de compromettre leur développement et leur adaptation. Enfin, une meilleure connaissance des effets de certaines interventions comme les groupes de soutien et le mentorat devrait permettre d'établir clairement les indications et contre-indications de ces types d'intervention.

Conclusion

Le soutien social est, sans contredit, un déterminant important de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. Plusieurs études ont en effet montré la grande influence du soutien social sur divers aspects de la santé et du bien-être, notamment sur le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents. Le soutien social, qui prendrait racine dans la relation initiale d'attachement aux parents, donnerait aux personnes un sentiment de confiance et de stabilité qui les protégerait des expériences négatives susceptibles de les conduire à des maladies physiques et mentales et leur permettrait de contrer les effets négatifs suscités par différents types de stress.

Le soutien social puise également une part importante de sa puissance comme déterminant dans les interactions qu'il entretient avec d'autres déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. En effet, alors que l'attachement parents-enfants sécurisant constitue la base sur laquelle se construit la satisfaction par rapport au soutien social, le soutien social, à son tour, permet à l'enfant d'être exposé à des modèles positifs de relations sociales. L'expérimentation de tels modèles enrichira sa compétence sociale. Par ailleurs, le soutien social contribue au développement et au maintien de l'estime de soi, qui représente un médiateur important de plusieurs aspects de la santé et du bien-être.

Les interventions axées sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents doivent donc faire une large place aux programmes qui visent à maintenir et à enrichir le système de soutien social de ces jeunes. Bien que beaucoup reste à découvrir sur l'efficacité relative des interventions axées sur le soutien social, plusieurs recherches ont donné des résultats suffisamment probants pour alimenter la programmation d'interventions, axées sur la promotion et la prévention, qui ont de bonnes chances de succès.

RÉFÉRENCES

ABBOTT, D.A., et autres (1997). « The influence of Big Brothers program on the adjustment of boys in single-parent families », *Journal of Psychology*, vol. 131, n° 2, p. 143-156.

ANISEF, P. (1998). « Transition entre l'école et le travail », dans Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy (Canada), Éditions MultiMondes, p. 293-332.

BARRERA, M., et S.L. AINSLY (1983). « The structure of social support: A conceptual and empirical analysis », *Journal of Community Psychology*, vol. 11, p. 133-143.

BENDER, D., et F. LÖSEL (1997). « Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus », *Journal of Adolescence*, vol. 20, n° 6, p. 661-678.

BERKLEY-PATTON, J., et autres (1997). « Developing capacities of youth as lay advisors: A case study with high school students », *Health, Education & Behavior*, vol. 24, n° 4, p. 481-494.

BERNDT, T.J., et S.L. HESTENES (1996). « The developmental course of social support: Family and peers », dans L. Smolak, M.P. Levine et R. Striegel-Moore, *The Developmental Psychopathology of Eating Disorders: Implications for research, prevention and treatment*, Mahwah (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 77-106.

BIEN, N.Z., et B.H. BRY (1980). « An experimentally designed comparison of four intensities in school-based prevention programs for adolescents with adjustment problems », *Journal of Community Psychology*, vol. 8, p. 110-116.

BLANCHET, L., et autres (1991). *Évaluation d'un programme d'intervention en réseau offert à des enfants présentant des problèmes d'ajustement psychologique*, rapport de recherche du Conseil québécois de la recherche sociale, Montréal, Hôpital Jean-Talon, Département de psychiatrie, Service enfance-famille, 282 p.

BLANCHET, L., R. DAUPHINAIS et H. LAVIGUEUR (1981). « L'intervention en réseau, un modèle alternatif de prise en charge communautaire », *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, p. 126-132.

BLANCHET, L., L. EDISBURY et L. PETITCLERC (1995). « À la jonction du clinique et du communautaire : la pratique de réseaux », *PRISME*, vol. 5, n° 1, p. 86-98.

BLYTH, D.A., et C. TRAEGER (1988). « Adolescent self-esteem and perceived relationships with parents and peers », dans S. Salzinger, J. Antrobus et M. Hammer, *Social Networks of Children, Adolescents, and College Students*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 171-194.

BOST, K.K. (1995). « Mother and child reports of preschool children's social support networks: Network correlates of peer acceptance », *Social Development*, vol. 4, nº 2, p. 149-164.

BOST, K.K., et autres (1998). « Social competence, social support, and attachment: Demarcation of construct domains, measurement, and paths of influence for preschool children attending head start », *Child Development*, vol. 69, nº 1, p. 192-218.

BOUCHARD, C., et S. DRAPEAU (1991). « The psychosocial adjustment of children from separated families: The role of selected social support variables », *Journal of Primary Prevention*, vol. 11, nº 4, p. 259-276.

BOWLBY, J. (1978). *Attachement et perte – La séparation: angoisse et colère*, vol. 2, Paris, Presses universitaires de France, 557 p.

BOZZINI, L., et R. TESSIER (1985). « Support social et santé », dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin, *Traité d'anthropologie médicale: L'institution de la santé et de la maladie*, Québec, Presses de l'Université du Québec à Montréal, p. 905-935.

BRYANT, B.K. (1994). « How does social support function in childhood? », dans F. Nestmann et K. Hurrelmann (sous la dir. de), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*, New York, Walter de Gruyter, p. 23-35.

BURROUGHS, T.E., M.A. HARRIS et J.V. SANTIAGO (1997). « Research on social support in adolescent with IDDM: A critical review », *The Diabetes Educator*, vol. 23, nº 4, p. 438-448.

CALLAGHAN, P., et J. MORRISSEY (1993). « Social support and health: A review », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, nº 2, p. 203-210.

COHEN, S., et H. HOBERMAN (1983). « Positive events and social supports as buffers of live change stress », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 13, nº 2, p. 99-125.

COHEN, S., et T.A. WILLS (1985). « Stress, social support, and the buffering hypothesis », *Psychological Bulletin*, vol. 98, nº 2, p. 310-357.

CONNOLLY, J.A., V. HATCHETTE et L.E. McMASTER (1998). *School Achievement of Canadian Boys and Girls in Early Adolescence: Link with Personal Attitudes and Parental and Teacher Support for School*, (document de travail), Canada, Hull, Direction générale de la recherche appliquée, Développement des ressources humaines, 36 p.

DEARDEN, J. (1998). « Cross-age peer mentoring in action: The process and outcomes », *Educational Psychology in Practice*, vol. 13, nº 4, p. 250-257.

DYCK, R.J., B.L. MISHARA et J. WHITE (1998). « Le suicide chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées: constatations clés et mesures préconisées », dans Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé: Le cadre et les enjeux*, Sainte-Foy (Canada), Éditions MultiMondes, p. 323-390.

FEIRING, C., et M. LEWIS (1988). « The social networks of girls and boys from early through middle childhood », dans D. Belle, *Children's Social Networks and Social Supports*, New York, John Wiley, p. 119-150.

FELNER, R.D., et A.M. ADAN (1988). « The School Transitional Environment Project: An ecological intervention and evaluation », dans R.H. Price et autres (sous la dir. de), *Fourteen Ounces of Prevention: A Casebook for Practitioners*, Washington (District de Columbia), American Psychological Association, p. 111-122.

FRANCO, N., et M.J. LEVITT (1998). « The social ecology of middle childhood: Family support, friendship quality, and self-esteem », *Family Relations*, vol. 47, nº 4, p. 315-321.

FURMAN, W., et D. BUHRMESTER (1992). « Age and sex differences in perceptions of networks of personnal relationships », *Child Development*, vol. 63, p. 103-115.

GARNEFSKI, N., et R.F.W. DIEKSTRA (1996). « Perceived social support from family, school, and peers: Relationship with emotional and behavioral problems among adolescents », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, nº 12, p. 1657-1664.

GODIN, G., et F. MICHAUD (1998). « La prévention des MTS et du sida chez les jeunes », dans Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy (Canada), Éditions MultiMondes, p. 377-418.

GOTTLIEB, B.H. (1998). « Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada », dans Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy (Canada), Éditions MultiMondes, p. 251-292.

GOTTLIEB, B.H. (1996). « Theories and practices of mobilizing support in stressful circumstances », dans C.L. Cooper (sous la dir. de), *Handbook of Stress, Medicine and Health*, New York , CRC Press, p. 339-356.

GROSSMAN, J.B., et J.P. TIERNEY (1998). « Does mentoring work? An impact study of the Big Brothers Big Sisters program », *Evaluation Review*, vol. 22, nº 3, p. 403-426.

HAROLD, R.D., et N.B. HAROLD (1993). « School-based clinics: A response to the physical and mental health needs of adolescents », *Health and Social Work*, vol. 18, nº 1, p. 65-74.

HARTER, S. (1998). « The development of self-representations », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional and Personality Development*, New York, John Wiley, p. 553-617.

HAZAN, C., et P. SHAVER (1987). « Romantic love conceptualized as an attachment process », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 52, p. 511-524.

HENDERSON, S. (1977). « The social network, support and neurosis: The function of attachment in adult life », *British Journal of Psychiatry*, vol. 131, p. 185-191.

HITCH, P.J., R.G. FIELDING et S.P. LLEWELYN (1994). « Effectiveness of self-help and support group for cancer patients: A review », *Psychology and Health*, vol. 9, nº 6, p. 437-448.

HOBFALL, S.E., et P. STEPHENS (1990). « Social support during extreme stress: Consequences and intervention », dans B.R. Sarason, I.G. Sarason et G.R. Pierce (sous la dir. de), *Social Support: An Interactional View*, New York, John Wiley, p. 454-481.

HOUSE, J.S., K.R. LANDIS et D. UMBERSON (1988). « Social relationships and health », *Science*, vol. 241, p. 540-545.

HUPCEY, J.E. (1998a). « Social support: Assessing conceptual coherence », *Qualitative Health Research*, vol. 8, nº 3, p. 304-318.

HUPCEY, J.E. (1998b). « Clarifying the social support theory-research linkage », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 27, nº 6, p. 1231-1241.

JACOBI, M. (1991). « Mentoring and undergraduate academic success: A literature review », *Review of Educational Research*, vol. 61, nº 4, p. 505-532.

JAMBON, M. (1996). « Le tabagisme au quotidien », dans F. Baudier et autres (sous la dir. de), *Approche par les pairs et santé des adolescents*, Séminaire international francophone, Besançon, éditions CFES, p. 73-76.

JONES, M.B., et D.R. OFFORD (1989). « Reduction of antisocial behavior in poor children by nonschool skill-development », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 30, nº 5, p. 737-750.

KELSEY, K., J.A.L. EARP et B.G. KIRKLEY (1997). « Is social support beneficial for dietary change? A review of the literature », *Family & Community Health*, vol. 20, nº 3, p. 70-82.

KURTZ, L.F. (1990). « The self-help movement: Review of the past decade of research », *Social Work with Groups*, vol. 13, nº3, p. 101-115.

LAROSE, S., et M. BOIVIN (1997). « Structural relations among attachment working models of parents, general and specific support expectations, and personal adjustment in late adolescence », *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 14, nº 5, p. 579-601.

LEE, J., et B. CRAMOND (1999). « The positive effects of mentoring economically disadvantaged students », *Professional School Counseling*, vol. 2, nº 3, p. 172-178.

LÉGARÉ, G. (1989). *Multi-Jeunesse – Projet d'entraide en sexualité et en planification familiale auprès des jeunes: une évaluation après cinq années de fonctionnement*, Rimouski (Canada), Département de santé communautaire, Centre hospitalier régional de Rimouski, 53 p.

Le Petit Robert 1: Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française (1991). Montréal, Les Dictionnaires Robert-Canada, 2 172 p.

LEVITT, M.J., N. GUACCI-FRANCO et J.L. LEVITT (1993). « Convoys of social support in childhood and early adolescence: Structure and function », *Developmental Psychology*, vol. 29, nº 5, p. 811-818.

MEEHAN, M.P., J.A. DURLAK et F.B. BRYANT (1993). « The relationship of social support to perceived control and subjective mental health in adolescents », *Journal of Community Psychology*, vol. 21, p. 49-55.

MEYER, L.H., et autres (1995). « An inclusion model to reduce at-risk status among middle school students: The Syracruse experience », dans I.M. Evans et autres (sous la dir. de), *Staying in School: Partnerships for Educational Change*, Baltimore, Paul H. Brooks Publishing Co., p. 83-110.

OFFORD, D.R., E. LIPMAN et E.K. DUKU (1998). « Quels enfants ne font pas de sport et ne participent pas à des activités artistiques ni à des programmes communautaires? », communication présentée à la *Conférence nationale sur la recherche, 1998 : Investir dans nos enfants*, Ottawa, Direction de la recherche appliquée et Direction des ressources humaines Canada.

PRICE, R.H., et autres (1993). « Webs of influence: School and community programs that enhance adolescent health and education », *Teachers College Record*, vol. 94, nº 3, p. 487-521.

RAMSEY, P.W. (1992). « Characteristics, processes, and effectiveness of community support groups: A review of the literature », *Family & Community Health*, vol. 15, nº 3, p. 38-48.

RÖHRLE, B., et G. SOMMER (1994). « Social support and social competences: Some theoretical and empirical contributions to their relationship », dans F. Nestmann et K. Hurrelmann (sous la dir. de), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*, New York, Walter de Gruyter, p. 111-128.

ROYSE, D. (1998). « Mentoring high-risk minority youth: Evaluation of the Brothers Project », *Adolescence*, vol. 33, nº 129, p. 145-158.

SALZINGER, S., M. HAMMER et J. ANTROBUS (1988). « From crib to college: An overview of studies of the social networks of children, adolescents, and college students », dans S. Salzinger, J. Antrobus et M. Hammer, *Social Networks of Children, Adolescents, and College Students*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 1-16.

SARASON, B.R., G.R. PIERCE et I.G. SARASON (1990). « Social support: The sense of acceptance and the role of relationships », dans B.R. Sarason, I.G. Sarason et G.R. Pierce (sous la dir. de), *Social Support: An Interactional View*, New York, John Wiley, p. 97-128.

SARASON, B.R., I.G. SARASON et G.R. PIERCE (1992). « Three contexts of social support », dans H. Veiel et U. Baumann (sous la dir. de), *The Meaning and Measurement of Social Support*, New York , Hemisphere, p. 143-154.

SCALES, P.C., et J.L. GIBBONS (1996). « Extended family members and unrelated adults in the lives of young adolescents: A research agenda », *Journal of Early Adolescence*, vol. 16, nº 4, p. 365-389.

STANSFELD, S.A. (1999). « Social support and social cohesion », dans M. Marmot et R.G. Wilkinson (sous la dir. de), *Social Determinants of Health*, New York, Oxford University Press, p. 155-178.

STEINHAUER, P.D. (1998). « Développer la résilience chez les enfants de milieux défavorisés », dans Forum national sur la santé, *Les déterminants de la santé : Les enfants et les adolescents*, Sainte-Foy (Canada), Éditions MultiMondes, p. 49-105.

THOITS, P.A. (1995). « Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? », *Journal of Health and Social Behavior*, numéro spécial, p. 53-79.

TIETJEN, A.M. (1988). « The ecology of children's social support networks », dans D. Belle, *Children's Social Networks and Social Supports*, New York, John Wiley, p. 37-69.

TOPPING, K.J. (1996). « The effectiveness of peer tutoring in further and higher education: A typology and review of the literature », *Higher Education*, vol. 32, nº 3, p. 321-345.

TOUSIGNANT, M., et autres (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions : état de la question et propositions d'action*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 131 p.

UCHINO, B.N., J.T. CACIOPPO et J.K. KIECOLT-GLASER (1996). « The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health », *Psychological Bulletin*, vol. 119, nº 3, p. 488-531.

VAN AKEN, M.A.G. (1994). « The transactional relations between social support and children's competence », dans F. Nestmann et K. Hurrelmann (sous la dir. de), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*, New York, Walter de Gruyter, p. 131-148.

VITARO, F., et autres (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent : prévalence, déterminants et prévention*, monographie de psychologie, Sainte-Foy (Canada), Presses de l'Université du Québec, 202 p.

ZABIN, L.S., et autres (1986a). « Adolescent pregnancy-prevention program: A model for research and evaluation », *Journal of Adolescent Health Care*, vol. 7, p. 77-87.

ZABIN, L.S. et autres (1986b). « Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers », *Family Planning Perspectives*, vol. 18, nº 3, p. 119-126.

CHAPITRE 4

Le concept de soi ou l'estime de soi

Marthe Hamel

1. Définitions

Bien que l'estime de soi constitue un déterminant dont la documentation récente fait largement état, les théoriciens se sont avant tout penchés sur le concept de soi. La majorité des auteurs s'entendent sur la définition générale du concept de soi, qui correspond à la perception qu'une personne a d'elle-même (Harter, 1998a; Marsh et Shavelson, 1985). Le concept de soi se construit donc à partir des perceptions que la personne accumule sur elle-même au fil des expériences qu'elle vit dans son environnement et à partir des interprétations qu'elle en fait. Certains auteurs établissent une distinction entre le concept de soi, qui serait davantage descriptif, et l'estime de soi, qui prendrait un caractère évaluatif, faisant référence à l'appréciation subjective du concept de soi (King, 1997). Cette distinction sera abordée ultérieurement.

La notion du concept de soi remonte à l'Antiquité; on peut en effet voir les premiers jalons du concept de soi dans la notion d'âme des philosophes grecs comme Socrate et Platon. C'est toutefois dans les théories de la psychologie du XIX[e] siècle qu'apparaissent les bases actuelles des définitions du concept de soi (Hattie, 1992). On doit à William James les aspects multidimensionnel et hiérarchique du concept de soi. James introduit la distinction entre le *I-self*, c'est-à-dire le soi comme sujet, et le *Me-self*, ou le soi comme objet qui est constitué de l'ensemble des éléments connus sur le soi et qui correspond au concept de soi. Selon la théorie jamesienne, le concept de soi a plusieurs dimensions: une dimension spirituelle, qui correspond à la pensée et au jugement moral, une dimension sociale, constituée de l'appréciation des autres, et, enfin, une dimension matérielle, qui correspond à l'image corporelle. Le soi spirituel se situe au sommet de la pyramide qui représente la structure du concept de soi, le soi matériel se retrouvant sous le soi social, au bas de la

pyramide. La détermination des différentes composantes du soi a par ailleurs conduit à la notion de conflit entre les multiples soi qui peuvent véhiculer des perceptions ou des appréciations discordantes. James introduit, enfin, la notion d'aspiration, qui correspondrait à l'écart entre la perception qu'une personne a d'elle-même et ses aspirations, pour définir l'estime de soi. Ainsi, si la perception de soi est égale ou supérieure aux aspirations, l'estime de soi est élevée; le niveau d'estime de soi serait par ailleurs peu influencé par des résultats modestes dans un domaine où la personne entretient un faible niveau d'aspiration (Harter, 1998a, 1998b, 1996).

D'autres théoriciens ont par la suite permis de mettre en évidence le rôle essentiel des interactions sociales dans la construction du soi. Pour les interactionnistes symboliques, comme Cooley, les autres constituent un genre de miroir social qui renvoie les opinions du monde extérieur sur le soi, lesquelles opinions seront intériorisées pour former le concept de soi (Harter, 1998a). Encore aujourd'hui, on retient de ces théories que l'intériorisation graduelle de l'appréciation des autres contribue à l'élaboration du concept de soi chez l'enfant.

Après avoir été mises de côté par les behavioristes en raison de leur caractère non palpable et non mesurable, les théories du soi ont repris leur place au XX^e siècle, notamment sous l'influence des développementalistes et des cognitivistes, comme Piaget. Les théories actuelles du concept de soi font une large place aux aspects structurels du concept de soi, défini avant tout comme un construit comportant un aspect cognitif qui consiste à porter une appréciation sur soi-même; le concept de soi comporterait également un aspect affectif, qui se traduit par les sentiments suscités par cette appréciation, et un aspect comportemental en ce sens que l'appréciation de soi-même influence les comportements (Harter, 1996).

À l'heure actuelle, les modèles les plus largement acceptés du concept de soi sont à la fois multidimensionnels, dans le sens qu'ils examinent différents aspects de la personne, et hiérarchiques dans le sens que certains éléments sont globaux et subordonnent des sous-éléments. La représentation de tels modèles prend généralement la forme d'une pyramide dominée par le concept de soi global où les positions inférieures sont subdivisées en un nombre variable de catégories, sur différents niveaux, les perceptions des niveaux inférieurs contribuant aux perceptions des niveaux supérieurs (Harter, 1998b; Byrne, 1996).

Le modèle du concept de soi élaboré par Shavelson, Hubner et Stanton (dans Marsh et Shavelson, 1985) est l'un des plus notoires (Harter, 1998b, 1996; Ayotte, 1996; Marsh et Hattie, 1996; Hattie, 1992). Dans la représentation de ce modèle, le concept de soi global occupe le niveau supérieur. Le niveau suivant comprend le concept de soi scolaire et le concept de soi non scolaire, ce dernier se subdivisant en concepts de soi social, émotionnel et physique. Le niveau inférieur du concept de soi scolaire est subdivisé selon différentes matières scolaires, soit la langue maternelle, l'histoire, les mathématiques et les sciences. Le niveau inférieur

du concept de soi non scolaire, pour sa part, se subdivise en deux catégories pour le concept de soi social, les pairs et les autres personnes importantes, tandis que le concept de soi physique donne lieu à deux sous-catégories : l'apparence physique et les habiletés physiques. Enfin, le dernier élément du concept de soi non scolaire, le concept de soi émotionnel, se subdivise en catégories qui correspondent à autant d'états émotionnels différents. Le niveau inférieur du modèle est constitué de catégories correspondant à l'évaluation de comportements liés essentiellement à différentes situations et se rattachant aux sous-catégories du niveau supérieur (Marsh et Shavelson, 1985).

Le modèle initial de Shavelson, Hubner et Stanton (dans Marsh et Shavelson, 1985) a lui-même été révisé et a donné lieu à d'autres modèles multidimensionnels et hiérarchiques semblables (L'Écuyer, 1992; Song et Hattie, dans Marsh et Hattie, 1996) dans lesquels on retrouve les caractéristiques suivantes du concept de soi :

- le concept de soi est structuré, c'est-à-dire que la personne classe selon différentes catégories liées entre elles les renseignements qu'elle possède sur elle-même;
- le concept de soi est multidimensionnel, chacune des catégories constituant autant de dimensions du concept;
- le concept de soi est hiérarchique, c'est-à-dire qu'il comprend des dimensions de premier ordre, qui sont des compétences générales, les ordres inférieurs étant constitués de compétences plus particulières ou encore de comportements associés à ces compétences particulières.

Le modèle de Shavelson, Hubner et Stanton (dans Marsh et Shavelson, 1985) et d'autres modèles semblables laissent donc entrevoir que l'évaluation que font les personnes d'elles-mêmes varie selon les domaines, laissant tout de même place à une évaluation de soi globale. On sait peu de choses, toutefois, sur la nature de cette appréciation globale ou sur la façon dont elle se construit; il est possible en effet que le concept de soi global s'alimente à même l'appréciation que la personne porte sur elle-même dans des domaines particuliers ou, encore, qu'il corresponde à une entité tout à fait distincte des dimensions intrinsèques du concept de soi.

Par ailleurs, le concept de soi global serait relativement stable, tandis que le concept de soi dans des domaines particuliers serait davantage influencé par les différentes situations qui font appel aux habiletés liées à chacun de ces domaines; la relative stabilité du concept de soi global, en comparaison du concept de soi dans des domaines plus particuliers, est toutefois remise en question par des travaux récents. Enfin, le concept de soi serait davantage global et indifférencié chez les jeunes enfants, les domaines qui font l'objet d'évaluation se multipliant à l'adolescence et à l'âge adulte (Marsh et Hattie, 1996).

De plus, le concept de soi est évoqué dans un champ particulier de la recherche consacré au processus d'apprentissage et au rôle que joue la motivation dans ce processus. Alors que certains auteurs de ce champ de recherche font directement allusion au concept de soi ou à l'estime de soi, d'autres font appel au concept de compétence perçue[1]; il s'agirait, selon Eccles, Wigfield et Schiefele (1998), de notions similaires. Le sentiment d'efficacité personnelle[2], élaboré par Bandura (1986), est un autre concept connexe au concept de soi. Pour cet auteur, le sentiment d'efficacité personnelle se définit comme la confiance d'une personne en sa capacité d'organiser et d'effectuer un ensemble d'actions ou d'opérations qui lui permettront de résoudre un problème ou d'accomplir une tâche. Comparativement au concept de soi, le sentiment d'efficacité personnelle serait plus étroit en ce sens qu'il se définit avant tout par rapport à des tâches particulières plutôt qu'à des compétences ou habiletés plus globales; cette distinction n'est toutefois pas évidente si l'on fait référence aux niveaux inférieurs des dimensions des modèles hiérarchiques du concept de soi (Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998).

Bien que les théories et modèles récents aient permis de préciser certains aspects de la nature du concept de soi, d'autres aspects demeurent obscurs. Ainsi, la façon dont l'appréciation de soi dans des domaines particuliers contribue au concept de soi global est loin d'être démontrée. Alors que certains auteurs se rallient autour de l'idée que le concept de soi global est une combinaison de l'appréciation de soi dans des domaines particuliers, d'autres voient le concept de soi global comme unidimensionnel. D'autres auteurs soutiennent enfin que l'appréciation de soi dans des domaines particuliers contribue au concept de soi global selon l'importance relative que la personne accorde aux différents domaines, cette vision étant compatible avec celle que James avait élaborée en faisant intervenir la notion d'aspiration (Harter, 1998b). Ainsi, le fait de reconnaître qu'on a peu d'habiletés dans un domaine qu'on considère peu important n'affecterait pas de façon sensible le concept de soi global (Marsh, 1986). La mise en évidence de l'aspect multidimensionnel du concept de soi constitue, sans aucun doute, un apport majeur des modèles structurels récents qui ont été élaborés. Les recherches des prochaines années devraient davantage s'intéresser aux aspects fonctionnels du concept de soi. Le processus selon lequel les personnes intègrent les différentes dimensions du soi et les facteurs qui influencent l'importance relative accordée par chacune à ces dimensions demeurent des éléments obscurs qui, s'ils étaient éclairés, pourraient nous aider à mieux saisir les aspects dynamiques du concept de soi (Marsh et Hattie, 1996).

Il subsiste, par ailleurs, une certaine confusion relativement aux termes *concept de soi* et *estime de soi*. Pour certains auteurs qui établissent une nette distinction

1. L'expression *compétence perçue* est une traduction approximative de *perceived competence*.
2. L'expression *sentiment d'efficacité personnelle* est une traduction approximative de *self-efficacy perception*.

entre les deux, le concept de soi se rapporte à la perception de soi sur le plan des attributs et des rôles, l'estime de soi correspondant, pour sa part, à l'appréciation du concept de soi sur le plan de la satisfaction (King, 1997) ou de l'appréciation affective de soi-même (Ruel, 1987). Ainsi, Campbell et Lavallee (1993) définissent le concept de soi comme la connaissance de soi, cette connaissance pouvant être plus ou moins claire, plus ou moins stable et plus ou moins consistante, et l'estime de soi comme l'évaluation plus ou moins positive de soi. D'autres auteurs traitent du concept de soi sans jamais faire allusion à l'estime de soi, l'appréciation subjective du concept de soi étant considérée comme partie intégrante de ce concept. Bien qu'il existe une distinction claire entre le caractère descriptif prêté par certains auteurs au concept de soi et l'aspect évaluatif attribué à l'estime de soi, cette distinction est loin de ressortir dans les études menées à ce jour et dans les instruments de mesure utilisés. Malgré que les connaissances actuelles ne permettent pas de déterminer si le concept de soi et l'estime de soi représentent deux concepts distincts ou si ces termes ne mettent qu'un accent différent sur deux facettes d'un même concept, il semble évident qu'il existe des chevauchements entre les deux et que seules des définitions claires permettront de mieux saisir les différentes composantes du système de soi et les liens qui existent entre elles (Marsh et Hattie, 1996).

Dans l'ensemble, on peut constater que le concept de soi occupe une place centrale ou importante dans plusieurs champs de la psychologie. Les recherches récentes ont permis de mettre en évidence les aspects structurels du concept de soi, notamment en ce qui concerne le caractère multidimensionnel de ce concept; on s'entend généralement, à l'heure actuelle, sur la distinction entre le concept de soi global et le concept de soi particulier à différents domaines ou activités. Toutefois, les aspects plus fonctionnels du concept de soi sont encore mal connus. On sait peu de chose, en effet, sur la façon dont les personnes organisent les différentes dimensions de leur concept de soi ainsi que sur les mécanismes qui relient le concept de soi global au concept de soi particulier à différents domaines.

2. Le concept de soi et différents aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents

Il est peu de domaines de la santé et du bien-être qui ne soient pas réputés pour avoir un lien avec le concept de soi. En effet, de nombreux auteurs ont souligné qu'un bon concept de soi a des liens tant avec différents aspects de la santé et du bien-être des personnes qu'avec l'adaptation sociale des enfants et des adolescents; des auteurs se sont surtout attardés à examiner les liens entre le concept de soi, global ou particulier, la perception de sa propre compétence, ou sentiment d'efficacité personnelle, et le rendement scolaire.

Avant d'examiner les liens établis entre le concept de soi et différents aspects de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents, deux observations s'imposent. La première concerne les difficultés associées à la mesure même du concept de soi. En effet, il existe, à l'heure actuelle, un grand nombre d'instruments différents pour mesurer le concept de soi; ainsi, Scheff, Retzinger et Ryan (1989) rapportent que Morris Rosenberg, un pionnier dans le domaine de la mesure du concept de soi, a recensé, il y a plus de dix ans, au-delà de deux cents instruments alors utilisés pour mesurer le concept de soi. Il faut de plus préciser que ces instruments ne reposent pas tous sur une définition claire du concept de soi non plus que sur une définition commune de ce concept. Enfin, plusieurs instruments, dont certains se limitent à quelques questions, ne possèdent pas des caractéristiques métrologiques acceptables, particulièrement en ce qui concerne la validité et la fidélité de la mesure. La seconde observation se rapporte au type d'étude réalisé; en effet, bien que la documentation consultée présente souvent le concept de soi comme un déterminant, c'est-à-dire comme une cause de différents problèmes de santé et de bien-être, la majorité des études sont de type corrélationnel et ne permettent pas de connaître la direction du lien entre l'estime de soi et d'autres variables. Il est donc impossible de déterminer, dans la majorité des cas, si un concept de soi faible est une cause ou une conséquence relativement à d'autres variables considérées (Kohn, 1994).

2.1 Le concept de soi et la santé physique

On a établi par intuition un lien entre le concept de soi et la santé, en raison sans doute de l'association maintes fois vérifiée entre le sentiment de satisfaction globale dans la vie et différents aspects de la santé physique. On a cependant recensé peu d'études sur l'effet éventuel de l'une ou l'autre des dimensions du concept de soi sur la santé; les études consultées s'attardent plutôt aux liens entre le concept de soi et certains comportements favorables à la santé (Chapman, 1997).

Une étude récente, de type corrélationnel, a toutefois mis en évidence une relation positive entre le concept de soi global et la perception d'être en bonne santé ainsi qu'entre ce concept et la longévité; certaines maladies pulmonaires seraient par ailleurs moins fréquentes chez les personnes qui manifestent une bonne estime d'elles-mêmes. De plus, l'estime de soi serait associée à un taux moins élevé de problèmes de tension artérielle chez les femmes (Hurst et autres, 1997).

D'autres auteurs soulignent qu'un concept de soi positif serait associé à une bonne performance physique tandis qu'un concept de soi négatif irait de pair avec des comportements défavorables à la santé, notamment au regard de l'alimentation, de la consommation d'alcool et de drogues ainsi que du tabagisme (Winkelstein, 1989), cette association valant également pour les enfants et les adolescents (Torres, Fernandez et Meceira, 1995).

D'autres études s'imposent pour préciser les liens entre le concept de soi et différents aspects de la santé physique, notamment sur la direction de ces liens ou sur leur caractère bidirectionnel.

2.2 Le concept de soi et la santé mentale

Des auteurs ont montré qu'il y avait une association entre un concept de soi négatif et différents aspects de la maladie mentale comme la dépression (Fortin, 1992); une telle association a même été vérifiée chez les enfants et les adolescents (Bolognini et Plancherel, 1998; Vila et autres, 1994). Un concept de soi négatif irait de pair avec un sentiment d'insatisfaction et des sentiments dépressifs. L'effort pour échapper à la douleur que provoque une évaluation négative de soi affecterait le processus de la pensée logique et serait même susceptible de conduire à une idéation suicidaire. Malgré la forte corrélation entre un concept de soi négatif et les sentiments dépressifs, il demeure néanmoins difficile d'établir un lien de cause à effet (Harter, 1998b); toutefois, le modèle statistique utilisé par Bolognini et Plancherel (1998) favorise l'hypothèse d'un rôle fonctionnel important du concept de soi dans la santé psychique.

Par ailleurs, les problèmes relatifs au concept de soi font partie des critères diagnostiques de plusieurs problèmes de santé mentale, comme les problèmes d'élimination chez l'enfant (énurésie, encoprésie), les troubles alimentaires et divers troubles de la personnalité (Prout et Prout, 1996), ce qui laisse supposer qu'un faible concept de soi fait partie, jusqu'à un certain point, de certains problèmes de santé mentale.

2.3 Le concept de soi et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents

De nombreux auteurs se sont penchés sur les liens qui existent entre différentes variables relatives à la vie scolaire des enfants et des adolescents, en particulier le rendement scolaire, et le concept de soi ainsi qu'entre divers problèmes d'adaptation sociale et un concept de soi négatif.

Les études ayant porté sur le lien entre certains aspects de la vie scolaire et le concept de soi ont permis d'examiner l'association possible entre le concept de soi global ou des dimensions plus particulières du concept de soi, dont le concept de soi scolaire, et le **rendement scolaire** pour l'ensemble des matières comme pour certaines matières, notamment les mathématiques et la langue maternelle. Certaines études ont également examiné le lien de causalité entre le concept de soi et le rendement scolaire.

La majorité des études ayant porté sur le concept de soi ont mis en évidence des liens corrélationnels, toutefois faibles dans certains cas, entre le concept de soi

global et le rendement scolaire (Skaalvik et Hagtvet, 1990; Hansford et Hattie, 1982; Wylie, 1979). Kohn (1994), pour sa part, conclut que la majorité des études ont confirmé une relation positive entre le concept de soi global et le rendement scolaire, mais que ce lien corrélationnel, généralement faible, est encore réduit si l'on considère uniquement les études récentes et celles qui s'appuient sur une méthode appropriée.

Cependant, on observe une corrélation généralement plus élevée entre le concept de soi scolaire et le rendement dans son ensemble (Byrne, 1984), et encore plus élevée entre le concept de soi dans des domaines particuliers et les résultats scolaires dans les matières correspondantes (Muijs, 1997; Kohn, 1994). D'autres études n'ont cependant pas confirmé de tels liens (Garzarelli, Everhart et Lester, 1993; West, Fish et Stevens, 1980). Par ailleurs, les études ayant tenté d'établir un lien de causalité entre le concept de soi et le rendement scolaire ont donné des résultats contradictoires : alors que plusieurs auteurs ont conclu à l'influence du concept de soi sur le rendement scolaire (Marsh, 1987; Bachman et O'Malley, 1986; Shavelson et Bolus, 1982), d'autres, en particulier dans des études récentes (Filozof et autres, 1998; Muijs, 1997; Hoge, Smit et Crist, 1995; Rosenberg, Schooler et Schoenbach, 1989), inversent ce lien de causalité.

Force est de constater qu'au cours des dernières années, les liens entre le concept de soi et le rendement scolaire ont été surévalués (Hoge, Smit et Crist, 1995). En effet, la corrélation entre le concept de soi global et le rendement scolaire serait faible ou nulle. Par ailleurs, bien qu'une majorité d'études confirment un lien corrélationnel entre le concept de soi scolaire ou le concept de soi dans certaines matières et le rendement scolaire, la relation de causalité ainsi que la direction de cette relation sont loin d'être établies (Filozof et autres, 1998; Muijs, 1997; Lavoie, 1993; Skaalvik et Hagtvet, 1990; Byrne, 1986).

Toutefois, des recherches menées dans le domaine de l'apprentissage et de la motivation jettent un nouvel éclairage sur les liens entre le concept de soi et le rendement scolaire. En effet, des chercheurs ont montré que la perception de sa propre compétence ou le sentiment d'efficacité personnelle, vu comme la perception de sa capacité d'accomplir une tâche ou une activité, avait une influence positive sur le rendement de l'élève (Viau, 1999; Pajares, 1996; Lens et Decruyenaere, 1991; Shell, Murphay et Bruning, 1989). Carr, Borkowski et Maxwell (1991) ont même établi un lien positif et significatif entre le concept de soi, général et particulier, et le rendement en lecture; d'autres variables que le concept de soi interviendraient toutefois pour expliquer le rendement. Des auteurs affirment même que les habiletés réelles de l'élève dans une activité se refléteraient sur son rendement dans la mesure où cet élève se perçoit capable d'accomplir cette activité (Viau, 1999; Pajares, 1996; Zimmerman et Risemberg, 1994).

D'autres auteurs ont tenté de mieux saisir le lien entre le concept de soi et la **délinquance**. Alors que certains d'entre eux ont observé une corrélation positive entre le concept de soi et la délinquance, d'autres ont plutôt constaté une corrélation négative. Selon Kohn (1994), rien ne prouve qu'un bon concept de soi contribue à prévenir la délinquance. Rosenberg, Schooler et Schoenbach (1989), pour leur part, ont mis en évidence un lien positif entre un faible concept de soi et la délinquance; ils ont de plus montré que la délinquance améliorait le concept de soi, et ce, particulièrement chez les adolescents de milieux socioéconomiquement défavorisés. Selon ces auteurs, les jeunes ayant un faible concept de soi sont insatisfaits de leurs expériences sociales et se tournent vers des groupes de pairs délinquants afin de recevoir un reflet plus positif d'eux-mêmes. Or, il est possible que ces jeunes soient davantage valorisés auprès de ces pairs délinquants qu'auprès de jeunes du même âge engagés dans des activités conventionnelles. Un faible concept de soi créerait un terrain propice à la délinquance; les comportements délinquants, valorisés par des pairs déviants, contribueraient par la suite à améliorer le concept de soi chez le jeune délinquant (Rosenberg, Schooler et Schoenbach, 1989).

Dans l'ensemble, bien que le concept de soi ait été associé à de **nombreux problèmes psychosociaux** comme la délinquance, la consommation d'alcool ou de drogues et les grossesses à l'adolescence ou encore à des problèmes scolaires comme les troubles d'apprentissage, la documentation scientifique fournit peu d'appuis qui permettent de confirmer une association directe entre ces variables et encore moins des liens de causalité entre elles (Haney et Durlak, 1998; Harter, 1996; Prout et Prout, 1996).

---

3. De quelle façon le concept de soi influence-t-il la santé et le bien-être des enfants et des adolescents?

Bien que l'on évoque le concept de soi dans l'étude de plusieurs problèmes, on a peu d'explications satisfaisantes du processus selon lequel il agirait pour protéger ou, au contraire, menacer la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Selon Seligan (dans Harter, 1998b), un faible concept de soi serait un épiphénomène, un reflet de transactions peu efficaces avec l'environnement. Harter (1998b), pour sa part, affirme que le concept de soi a peu de valeur explicative. En effet, il apparaît comme un médiateur impliqué dans une foule de problèmes, en particulier de nature psychosociale, fort diversifiés, et le fait qu'un enfant présente un faible concept de soi ne permet pas de prédire quel type de problème particulier il aura dans l'avenir (Harter, 1999). Les ouvrages consultés ont toutefois permis de préciser certains éléments du mode d'action du concept de soi dans les domaines de la santé physique, de la dépression et du rendement scolaire.

3.1 Le concept de soi et la santé physique

Il y a peu d'explications qui rendent compte de la façon dont le concept de soi agit sur différents aspects du bien-être et de l'adaptation sociale des enfants et des adolescents, ou même des adultes, et encore moins sur leur **santé physique**. Swann et Brown (1990) émettent toutefois l'hypothèse qu'un bon concept de soi procure le sentiment d'avoir de l'emprise sur sa vie, lequel sentiment favorise la santé et le bien-être. Un bon concept de soi conférerait à la personne un sentiment de contrôle sur sa vie qui préviendrait l'angoisse et différents problèmes affectifs, cognitifs et motivationnels. Par ailleurs, ce sentiment d'emprise influencerait positivement le système immunitaire en atténuant la réponse de l'organisme au stress. Un bon concept de soi fait référence, pour ces auteurs, à un degré élevé de certitude quant à l'évaluation que la personne fait d'elle-même et non pas à une évaluation positive qu'elle ferait de ses attributs. Selon eux, la personne rechercherait un environnement social et des situations qui confirment son concept de soi, et c'est la discordance entre la perception qu'une personne a d'elle-même et les perceptions que les autres lui renvoient qui menacerait sa santé et son bien-être. L'action du concept de soi est indissociable, pour Swann et Brown (1990), de celle du soutien social dont la fonction est de confirmer le sentiment d'identité de la personne et de renforcer son concept de soi; ce serait donc l'action conjuguée du soutien social et du concept de soi qui favoriserait la santé.

D'autres auteurs estiment qu'un bon concept de soi favorise l'adoption de **comportements favorables à la santé** et, de là, la prévention de certains problèmes relatifs à la consommation d'alcool ou de drogues. Il y aurait, selon Torres, Fernandez et Meceira (1995), une corrélation positive entre l'estime de soi, la valeur accordée à la santé et l'adoption de comportements favorables à la santé. Ainsi, les enfants et les adolescents qui ont une bonne estime d'eux-mêmes évalueraient mieux la qualité de l'information qu'ils reçoivent; ils seraient plus en mesure de prévoir les conséquences de certains actes sur leur santé et résisteraient mieux à la pression des pairs. Les personnes qui se sentent compétentes dans l'organisation de leur existence seraient plus portées à adopter des comportements favorables à la santé.

3.2 Le concept de soi et la dépression

D'autres chercheurs ont tenté de rendre compte des liens entre le concept de soi, les **états dépressifs** et l'**idéation suicidaire**. Harter (1993) a élaboré un modèle où la compétence dans certains domaines influence le soutien reçu, tandis que le sentiment de cette compétence ainsi que le soutien reçu se répercutent sur les états dépressifs qui, à leur tour, peuvent conduire à l'idéation suicidaire (voir la figure 3). L'apparence physique, les relations avec les pairs et la compétence physique auraient une influence sur le soutien des pairs, alors que la compétence scolaire et les comportements auraient un lien avec le soutien des parents. L'auteure souligne

de plus que la corrélation entre le concept de soi et les états dépressifs est élevée, mais qu'il s'avère impossible de déterminer la direction du lien qui existe entre ces deux variables. Des entrevues menées auprès d'adolescents auraient montré que, pour la moitié d'entre eux, un faible concept de soi aurait précédé les affects dépressifs alors que, pour l'autre moitié, l'expérience de la dépression aurait précédé le faible concept de soi (Harter, 1998b).

Bolognini et Plancherel (1998) présentent un modèle quelque peu différent où le soutien social de la famille influence le concept de soi relatif à la famille, tandis que le soutien social des pairs agit sur le concept de soi relatif aux pairs; les concepts de soi relatifs à la famille et aux pairs agissent simultanément sur le concept de soi global et sur les affects dépressifs (voir la figure 3). Dans ce modèle, il y aurait de plus une corrélation entre le soutien de la famille et le concept de soi relatif aux pairs et, pour les filles seulement, une corrélation entre le concept de soi relatif à la famille et celui qui est relatif aux pairs. Enfin, le type d'analyse statistique utilisé fait croire aux auteurs que le concept de soi a un rôle fonctionnel sur les affects dépressifs.

Il semble donc y avoir un lien étroit entre un faible concept de soi et les états dépressifs; toutefois, d'autres études seront nécessaires pour préciser les liens de causalité entre ces deux variables.

3.3 Le concept de soi, la motivation et le rendement scolaire

Les recherches ayant porté sur les liens que le rendement scolaire ou le rendement dans certains domaines, comme la lecture et l'écriture, a avec le concept de soi ou, encore, avec des concepts plus étroits comme la perception de sa propre compétence et le sentiment d'efficacité personnelle fournissent des explications, au moins partielles, sur le mode d'action du concept de soi. Ainsi, différents auteurs font intervenir, outre les habiletés, la motivation comme concept clé quand il est question du rendement des élèves dans différentes matières scolaires; pour ces auteurs, la perception de sa propre compétence ou le concept de soi représenteraient une source potentielle de motivation. Ainsi, les élèves qui ont le sentiment d'être compétents pour accomplir une tâche seraient plus enclins à s'engager sur le plan cognitif, c'est-à-dire à recourir à des stratégies d'apprentissage[3], et ils manifesteraient également davantage de persévérance à la tâche. Le recours à des stratégies efficaces et la persévérance seraient associés positivement au bon rendement qui, à son tour, influencerait le concept de soi (Viau, 1999; Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998; Schunk et Zimmerman, 1997; Carr, Borkowski et Maxwell, 1991).

3. Les stratégies d'apprentissage sont parfois désignées par les termes *habiletés*, *compétences* et *techniques*. Nous avons privilégié, à l'instar de Viau (1999), l'appellation *stratégie d'apprentissage* afin de distinguer ce concept de celui d'habileté au sens général du terme qui réfère aux capacités individuelles dans différents domaines (intellectuel, moteur, social, etc.).

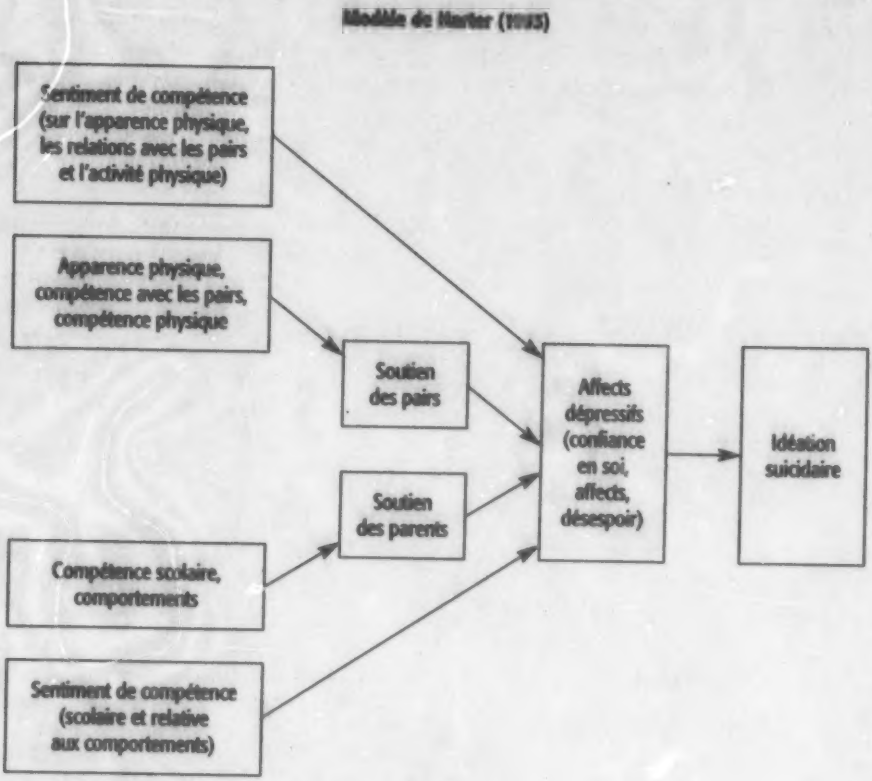


FIGURE 3
Les modèles de Harter (1993) et de Bolognini et Plancherel (1998) sur les liens entre le concept de soi et les états dépressifs

Toutefois, le lien entre le concept de soi ou le sentiment de sa propre compétence et le rendement ne serait pas aussi simple et linéaire. Des perceptions, autres que les seules perceptions de soi, alimenteraient la motivation de l'élève. La figure 4 montre les différentes variables qui, outre les habiletés dans le domaine visé, influencent le rendement dans une activité.

En premier lieu, la perception de l'élève quant à la valeur de l'activité à accomplir influencerait également son recours à différentes stratégies d'apprentissage et sa persévérance; or, le plaisir et les avantages que l'élève peut escompter retirer d'une activité sont tributaires des buts immédiats qu'il poursuit à l'école et des aspirations qu'il nourrit pour son avenir.

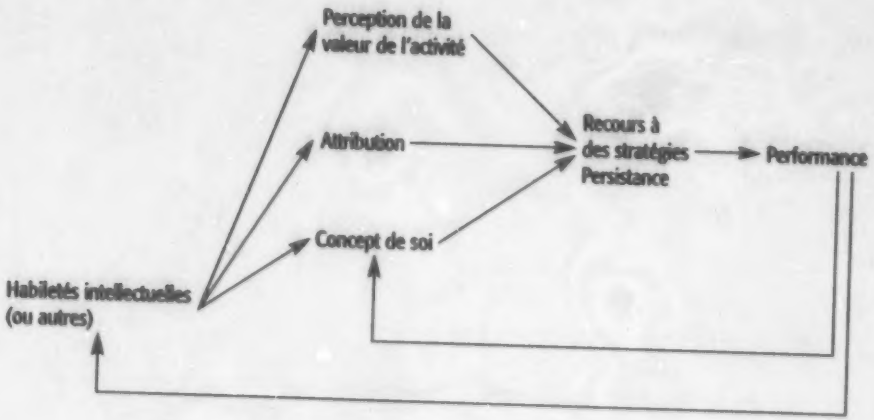


FIGURE 4
Les sources de la motivation comme variables intermédiaires entre les habiletés et le rendement scolaire

En second lieu, les perceptions de l'élève, en ce qui concerne les causes ou les motifs auxquels il se rapporte pour expliquer ses succès et ses échecs, désignées sous le terme d'*attribution*, influencent également son rendement; les principaux éléments auxquels l'élève attribue son rendement sont essentiellement ses propres habiletés, ses efforts, la difficulté de la tâche et le hasard. Ainsi, l'élève qui attribue ses succès et ses échecs à des causes dites internes (habiletés, efforts)[4], en ce sens qu'il s'agit de caractéristiques qui lui appartiennent, a davantage tendance à vouloir contrôler la situation d'apprentissage en recourant à diverses stratégies et à la persévérance, ce qui favorise son succès. Les attributions de l'élève agiraient de plus sur

4. Il s'agit d'une traduction des termes anglais *internal locus of control*.

le concept de soi : en effet, l'élève ne peut développer un concept de soi positif que s'il attribue son succès à des causes internes, en particulier à ses efforts. Le type d'attribution permettrait d'ailleurs de distinguer les élèves qui ont un bon rendement de ceux qui en ont un faible : alors que les premiers attribueraient leur succès à des causes internes, les seconds évoqueraient des causes externes, qui ne sont pas sous leur contrôle, pour expliquer leurs résultats (Carr, Borkowski et Maxwell, 1991).

3.4 Le développement du concept de soi chez les enfants et les adolescents

Pour bien comprendre l'influence du concept de soi sur la vie des enfants et des adolescents, il importe enfin de prêter une attention particulière à l'évolution du concept de soi, dont le contenu change de façon importante au fil des différentes étapes du développement. Le concept de soi étant avant tout considéré comme un construit cognitif et social, Harter (1999, 1998b) décrit son organisation et sa complexification progressives par rapport à la structuration des processus cognitifs et à la socialisation progressive.

Le concept de soi du jeune enfant est ainsi constitué de représentations ayant trait à des caractéristiques concrètes et observables – j'ai les yeux bleus –, à des activités – je sais compter – ou à des possessions – j'ai une belle maison – qui sont juxtaposées. Le jeune enfant est incapable de considérer que des personnes, des choses ou des actions puissent concilier des attributs contraires : tout est bon ou mauvais, laid ou beau. C'est la loi du tout ou rien, le jeune enfant étant incapable d'intégrer deux points du vue différents, deux perspectives opposées. Le jeune enfant a de plus un concept de soi à la fois positif et irréaliste. Il est en effet incapable de distinguer clairement son rendement réel et le désir qu'il en a : chez lui, le moi réel se confond avec le moi idéal. Le maintien de cette image positive qu'il a de lui-même va de pair avec le fait qu'il est encore incapable de se comparer à ses pairs. Ce sont les réactions des adultes, de ses parents en particulier, qui l'amènent à attribuer une valeur positive ou négative à ses gestes plus qu'une auto-évaluation réelle de ses actions.

Progressivement, l'enfant devient apte à établir des liens entre les jugements qu'il porte sur lui-même en même temps qu'il prend graduellement conscience du regard que les autres portent sur lui. Il acquiert, au milieu de l'enfance, une capacité de généralisation qui lui permet d'intégrer des perceptions différentes ou opposées et d'accéder à une représentation plus nuancée de lui-même. Il s'aperçoit qu'il peut à la fois être bon en mathématiques et faible en français. L'Écuyer (1990) note par ailleurs un élargissement considérable du concept de soi entre 5 et 10 ans, plusieurs dimensions du concept de soi découlant de la variété de nouvelles expériences auxquelles l'enfant est soumis, notamment après son entrée à l'école (Héroux

et Farrell, 1985). Le concept de soi des enfants de cet âge reflète un meilleur équilibre qu'aux âges précédents et une intégration supérieure des perceptions que ces enfants ont de leurs habiletés et de leurs limites. Cette intégration ne va cependant pas de soi et exige un soutien constant de la part des adultes. Les enfants qui ont des parents abusifs et qui sont constamment l'objet d'évaluations négatives de leur part sont particulièrement susceptibles de développer un concept de soi négatif et erroné. Une telle image de soi négative renforcée durant l'enfance peut s'avérer très persistante; c'est pourquoi il est particulièrement important que l'enfant victime d'abus ou de négligence dans sa famille soit soumis à des évaluations plus constructives, notamment à l'école, au cours des premières années de scolarisation (Héroux et Farrell, 1985).

Le début de l'adolescence est marqué par la capacité d'abstraction. Le jeune adolescent devient progressivement capable d'intégrer différentes perceptions sous le couvert de véritables abstractions, c'est-à-dire qu'il rassemble dans une catégorie plus générale, appelée caractéristique générale, un ensemble de sous-catégories, ou caractéristiques particulières. Ces abstractions demeurent toutefois compartimentées, sans véritables liens entre elles. Ce n'est qu'au milieu de l'adolescence que de tels liens commenceront à s'établir, sans toutefois que l'adolescent soit capable d'élaborer une perception intégrée de ses attributs. À ce stade, la perception d'attributs contradictoires ou opposés est source de conflits internes susceptibles de faire naître la confusion et la détresse. Cette incapacité d'intégrer des attributs apparemment contradictoires est également responsable d'une certaine instabilité, l'adolescent alternant souvent entre une image très positive ou très négative de lui-même. Les expériences sociales durant cette période contribuent par ailleurs à créer un contexte favorable à cette dichotomie du soi, l'adolescent devant également tenter d'intégrer les rôles différents que lui demandent d'assumer d'un côté les adultes, en particulier ses parents et ses enseignants, et, de l'autre, ses amis et les autres pairs qu'il côtoie. Ce manque de cohérence est d'autant plus inconfortable que les adolescents sont plus portés à l'introspection qu'aux périodes précédentes et qu'ils sont alors très préoccupés de la façon dont les autres les perçoivent.

Des auteurs ont insisté sur les changements importants qui se produisent, tant à la préadolescence qu'au début de l'adolescence, et qui soumettent, en un certain sens, le concept de soi à rude épreuve. En premier lieu, de nombreux changements se manifestent sur le plan physique avec l'apparition des caractéristiques sexuelles secondaires, lesquels changements ne vont pas sans affecter l'image corporelle que se font les garçons et les filles de cet âge. En second lieu, la préadolescence marque une étape importante dans la vie sociale, les pairs prenant alors une importance particulière pendant que la quête progressive de l'autonomie amène les préadolescents à redéfinir les relations qu'ils entretiennent avec leurs

parents. Enfin, les transitions scolaires entre le primaire et le secondaire, entre les deux cycles du secondaire ainsi qu'entre le secondaire et le collégial soumettent les jeunes à de nouvelles exigences cognitives qui les amènent à se redéfinir et à réévaluer leurs compétences dans divers domaines. Les transitions scolaires entraînent de plus des changements dans l'univers social des adolescents et des préadolescents, les changements de cycles provoquant souvent l'éloignement de certains camarades ou amis et obligeant à nouer de nouvelles relations sociales. En dernier lieu, la préadolescence et l'adolescence correspondent à des périodes durant lesquelles de nombreux choix s'imposent au regard de l'avenir professionnel et du style de vie, notamment pour tout ce qui concerne le groupe de référence de pairs, la consommation de tabac et d'alcool ainsi que l'expérimentation des drogues. Les préadolescents et les adolescents découvrent donc de multiples facettes d'eux-mêmes, facettes qu'il n'est pas toujours aisé de rassembler dans un tout unifié (Bolognini et Plancherel, 1998; Harter, 1993).

Ce n'est qu'à la fin de l'adolescence que s'acquiert la capacité d'intégrer véritablement des caractéristiques qui correspondent à un haut niveau d'abstraction. L'adolescent devient désormais capable d'intégrer des perceptions opposées sans ressentir ni conflit ni détresse. Le soi devient alors un système organisé qui intègre les croyances et les valeurs, incluant des choix personnels et moraux.

Le rôle du concept de soi, quant à différents aspects de la santé et du bien-être, ne peut donc être approfondi sans faire allusion aux différentes étapes du développement et sans considérer les exigences particulières que représentent certaines périodes du développement pour la définition du concept de soi (Harter, 1999).

---

4. Les interactions avec d'autres déterminants de la santé et du bien-être

On a observé plusieurs interactions entre le concept de soi et d'autres déterminants de la santé et du bien-être, tout particulièrement en ce qui concerne les relations parents-enfants et le style éducatif des parents, le soutien social, le sentiment d'avoir de l'emprise sur sa vie et des facteurs génétiques.

4.1 Le concept de soi, l'attachement et le style éducatif des parents

La relation initiale d'attachement à la mère jouerait un rôle primordial dans l'élaboration du concept de soi chez le jeune enfant. Ainsi, les réponses appropriées de la mère pour satisfaire les besoins primaires de l'enfant procureraient à l'enfant un sentiment de puissance qui serait le précurseur d'une appréciation positive de lui-même (Erikson, 1950). L'enfant dont les besoins sont satisfaits

développe en effet le sentiment qu'il mérite d'être aimé et qu'il est compétent. L'attachement permettrait à l'enfant d'avoir accès à un premier éventail de représentations de soi et des autres qui seraient, en quelque sorte, mémorisées et qui constitueraient des filtres à travers lesquels il interpréterait la réalité. La qualité de la relation d'attachement affecterait la structure même et l'organisation du modèle de relations auquel se réfère l'enfant pour comprendre la réalité et y donner un sens. En effet, un mode d'attachement marqué par l'insécurité fait en sorte de diminuer la capacité de l'enfant d'être attentif à ses émotions, de les nommer et de les intégrer; l'enfant dont la relation d'attachement est marquée par la sécurité arrive plus facilement, au contraire, à rassembler les représentations qu'il se fait de la réalité dans un tout organisé et cohérent (Harter, 1998b).

La sécurité provenant de la relation d'attachement ne parvient pas, à elle seule, à soutenir le développement du concept de soi tout au long de l'enfance et de l'adolescence; la qualité de la relation que les parents maintiennent avec leur enfant tout au long de son développement, qui fait partie du concept de style éducatif (voir le chapitre 1, intitulé *La relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents*), est également cruciale pour le concept de soi. En effet, le concept de soi du jeune enfant continue à se construire à partir de la perception qu'il a de l'acceptation de ses parents à son égard. La relation positive entre l'enfant et ses parents et le sentiment d'être entouré et aimé sont essentiels à l'élaboration d'un concept de soi positif (Morvitz et Motta, 1992). Les interactions qui existent entre l'estime de soi et certains aspects des relations que l'enfant ou l'adolescent entretient avec ses proches sont peu étonnantes si l'on considère le rôle que jouent le regard des autres et les échanges avec autrui dans l'élaboration et le maintien du concept de soi.

D'autres chercheurs ont mis en évidence le rôle de la relation parents-enfants dans le concept de soi en tentant d'expliquer comment différents facteurs relatifs aux parents jouaient le rôle de médiateurs quant à l'influence de conditions financières défavorables sur le concept de soi des adolescents (Whitbeck et autres, 1991). Alors que différentes études avaient déjà montré une certaine association entre la classe sociale ou le revenu familial et le concept de soi (Wiltfang et Scarbecz, 1990; Rosenberg et Pearlin, 1978), Whitbeck et ses collaborateurs (1991) ont pour leur part montré clairement que les préoccupations des parents, attribuables à des difficultés financières, affectaient négativement les relations chaleureuses que ces parents entretenaient avec leur adolescent ainsi que le soutien dont ils l'entouraient, ce qui se répercutait sur le concept de soi de l'adolescent et le rendait plus négatif. L'instrument de mesure utilisé dans cette étude ne permet cependant pas de distinguer les dimensions qui relèvent plus particulièrement de la qualité de la relation parents-enfants de celles qui concernent le soutien social des parents à l'égard de leur adolescent.

Par ailleurs, le style éducatif démocratique, qui laisse une place à l'enfant ou à l'adolescent comme personne et par lequel les parents manifestent sensibilité et disponibilité à l'égard de leur enfant, favoriserait un concept de soi positif. À l'inverse, les parents autoritaires menaceraient le concept de soi de leur enfant, particulièrement dans le domaine scolaire et dans celui des relations sociales en général[5] (de Léonardis et Lescarret, 1998).

4.2 Le concept de soi et le soutien social

Il est par ailleurs reconnu qu'une des fonctions essentielles du soutien social est l'estime de soi (Tousignant et autres, 1987). Le soutien social provenant en particulier des parents et des amis contribuerait à l'estime de soi par la fonction dite émotionnelle qui correspond à toute expression d'appréciation et de valorisation envers l'enfant ou l'adolescent. Franco et Levitt (1998), à la suite d'une étude menée auprès d'enfants du second cycle du primaire, ont observé une forte corrélation entre le soutien provenant des parents et des amis et le concept de soi; bien que cette étude ne permette pas d'établir de lien causal, les auteurs émettent l'hypothèse d'une séquence de développement selon laquelle le soutien des parents contribuerait au concept de soi et à des relations positives avec les pairs qui, à leur tour, favoriseraient un concept de soi positif. Le soutien social d'autres personnes importantes, comme les enseignants, contribuerait également au développement et au maintien du sentiment de sa propre valeur (Harter, 1998a).

Harter (1999, 1998a, 1993) va plus loin en ce qui concerne la nature du lien entre le soutien social et le concept de soi, en alléguant que le soutien social représente un déterminant important du concept de soi. Le modèle élaboré par l'auteure, présenté précédemment pour expliquer les liens entre l'idéation suicidaire et le concept de soi, illustre de quelle façon la combinaison entre le soutien social des parents et des pairs, d'une part, et, d'autre part, le sentiment de compétence dans des domaines particuliers, considérés comme importants par l'enfant ou l'adolescent, peuvent contribuer à alimenter le sentiment de sa propre valeur ou, au contraire, susciter le sentiment de son manque de valeur, des émotions négatives et le désespoir. De plus, la source de soutien social varierait selon les domaines dans lesquels l'enfant ou l'adolescent recherche une certaine approbation des personnes importantes qui l'entourent : alors que les parents constitueraient une source de soutien social dans le domaine de la compétence scolaire, les pairs seraient une source privilégiée de soutien en ce qui concerne le domaine physique (apparence, compétence sur le plan physique) et la compétence sociale avec les amis et camarades de son âge (Harter, 1993).

---

5. Les auteurs emploient plutôt les termes *style stimulant* et *style rigide*; toutefois, les définitions qu'ils en donnent permettent d'utiliser les termes mieux connus de *style démocratique* et de *style autoritaire*.

4.3 Le concept de soi et le sentiment d'avoir de l'emprise sur sa vie

Le concept de soi va de pair avec le sentiment d'avoir de l'emprise sur sa vie. En effet, les enfants et les adolescents qui ont un bon concept de soi attribuent leurs succès et leurs échecs à leurs caractéristiques et à leurs comportements plutôt qu'à des facteurs externes. Qui plus est, leur sentiment d'avoir de l'emprise sur leur avenir est plus fort (Nurmi et Pulliainen, 1991). Les recherches menées dans le domaine de la motivation et des apprentissages mettent également en évidence que le sentiment de compétence et le fait d'attribuer ses réussites et ses échecs à des causes internes contribuaient au recours à des stratégies efficaces d'apprentissage, à la persévérance ainsi qu'au rendement dans ce domaine d'activité (Viau, 1999; Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998; Schunk et Zimmerman, 1997; Carr, Borkowski et Maxwell, 1991).

4.4 Le concept de soi et l'apport de l'hérédité

Les auteurs ont surtout examiné les multiples déterminants psychosociaux du concept de soi. Des questions se posent toutefois quant à l'origine héréditaire du concept de soi. Ainsi, les résultats d'une étude menée auprès de jumeaux homozygotes et hétérozygotes laissent croire que le concept de soi serait déterminé, en partie, par la génétique. Selon les auteurs, ces résultats ne sont pas vraiment étonnants, l'influence génétique sur d'autres traits de la personnalité, comme l'extraversion, étant établie. Par ailleurs, la forte corrélation qui existe entre le concept de soi et d'autres caractéristiques qui sont réputées pour être d'origine génétique, comme les symptômes dépressifs et anxieux, rend plausible l'hypothèse selon laquelle le concept de soi peut être génétiquement transmis (Roy, Neale et Kendler, 1995).

Les auteurs avancent deux explications possibles quant à la transmission génétique du concept de soi. Comme il semble peu probable que des gènes précis influencent directement le concept de soi, ils supposent que le concept de soi peut être une conséquence de traits hérités génétiquement, comme les tendances dépressives. L'autre explication amène à considérer le concept de soi comme la conséquence des réactions de l'environnement à certains traits hérités génétiquement; ainsi, certains traits de personnalité provoqueraient des réactions de rejet chez des personnes de l'entourage, ce rejet entraînant à son tour un faible concept de soi. Enfin, la reconnaissance de l'influence relative de déterminants génétiques ne doit pas faire perdre de vue l'existence des déterminants psychosociaux du concept de soi non plus que discréditer les interventions visant à modifier le concept de soi (Roy, Neale et Kendler, 1995).

5. Les interventions pour développer et soutenir le concept de soi

Il n'est pas aisé de faire l'examen systématique des interventions axées sur le développement ou le maintien du concept de soi, compte tenu de la prolifération de ce type d'intervention depuis le milieu des années 1980. Les multiples définitions du concept, la diversité des instruments de mesure utilisés, les stratégies basées sur des interprétations différentes du mode d'action du concept de soi et la complexité des études qui visent aussi d'autres déterminants de la santé et du bien-être sont autant d'éléments qui rendent difficile la synthèse des expérimentations et des évaluations faites. Il faut également souligner que plusieurs études n'ont porté que sur un nombre restreint de variables, réduisant ainsi la possibilité de connaître l'influence potentielle de variables intermédiaires. Ainsi, alors que l'examen des projets ayant porté directement ou indirectement sur le développement ou sur le maintien du concept de soi représenterait une opération fastidieuse, il est néanmoins possible d'analyser les résultats de méta-analyses et des revues ayant porté sur bon nombre de programmes avant de considérer les avis de chercheurs qui se sont prononcés sur l'efficacité de ces programmes. Enfin, l'examen des interventions ne saurait être profitable que si l'on fait appel aux modèles théoriques les plus éprouvés sur les déterminants et sur le mode d'action du concept de soi.

L'analyse des interventions tentera de répondre à trois questions essentielles. Le concept de soi doit-il constituer une cible des interventions à réaliser pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents ? Qu'est-ce que l'évaluation des programmes nous apprend sur l'efficacité des interventions destinées à améliorer le concept de soi ? Que nous apprennent les modèles théoriques sur l'amélioration du concept de soi ? Des réponses, mêmes partielles, à ces questions fondamentales devraient permettre de se prononcer sur la pertinence de promouvoir un concept de soi positif chez les enfants et les adolescents et, s'il y a lieu, de déterminer certaines conditions à mettre en place pour réaliser des interventions efficaces.

5.1 Le concept de soi doit-il constituer une cible des interventions à réaliser pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents ?

La question portant sur la nécessité de faire du concept de soi une cible des interventions à réaliser pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents peut paraître surprenante à première vue. Elle s'impose toutefois, en particulier en raison de la controverse qui s'est installée autour de ce concept au cours de la dernière décennie. Le débat autour du concept de soi provient, pour

une bonne part, de l'importance attribuée au concept de soi comme facteur de protection contre à peu près tous les problèmes psychosociaux susceptibles d'affliger les enfants et les adolescents. En effet, à la fin des années 1980, un groupe de travail américain, le California Task Force to Promote Self-Esteem and Personal and Social Responsibility, diffusait largement l'idée que le concept de soi constituait une sorte de vaccin social qui devait permettre d'inoculer les enfants et les adolescents contre une diversité de problèmes, allant de l'échec scolaire à la délinquance en passant par les grossesses à l'adolescence et la toxicomanie. Bien que les travaux de recherche commandés par ce groupe de travail aient peu contribué à appuyer l'idée qu'un faible concept de soi puisse être associé positivement à divers problèmes et, encore moins, apporté du soutien à la nature causale de ces liens, le coup d'envoi était donné : une multitude de programmes axés sur le concept de soi voyaient le jour, et ce, particulièrement en milieu scolaire (Kahne, 1996; Kohn, 1994; Beane, 1991).

Depuis, les travaux de recherche se sont multipliés, plusieurs confirmant la relation positive entre un faible concept de soi et divers problèmes, quelques-uns l'infirmant, tandis que peu de résultats venaient, de façon définitive, établir des liens de causalité avec ces problèmes, notamment avec l'échec scolaire. Ces résultats ont fourni les arguments de base aux détracteurs du mouvement qui soutenait le rôle protecteur du concept de soi, donnant lieu à une controverse sur la pertinence de se préoccuper non seulement du concept de soi des élèves mais de toute éducation affective à l'école. Il y avait peu à attendre d'un débat entre les irréductibles du concept de soi et les tenants d'une approche traditionaliste qui réduit l'école à un lieu de transmission d'un savoir de nature exclusivement intellectuelle (Beane, 1991).

C'est donc ailleurs que dans cette controverse qu'il faut examiner s'il convient ou non de se préoccuper du concept de soi des enfants et des adolescents. En effet, il y a davantage à puiser dans les connaissances sur l'évolution du concept de soi et des nombreuses relations entre ce facteur et divers aspects du bien-être des enfants et des adolescents pour déterminer la place que doit occuper ce concept dans les interventions.

Le concept de soi se développe à partir de la relation initiale d'attachement ; en effet, la représentation que se fait l'enfant de sa relation aux personnes importantes influence sa perception de lui-même et, de là, la façon dont il perçoit les autres (Harter, 1998b). Alors que le concept de soi prendrait sa source dans cette relation initiale, des échanges s'instaureraient par la suite entre le concept de soi et l'univers des relations que l'enfant entretient avec les personnes qui l'entourent. Un bon concept de soi, vu comme une image claire et positive de soi, favoriserait des relations positives avec les autres qui, à leur tour, contribueraient au maintien d'un bon concept de soi. Il appert dès lors que le concept de soi doit jouer un rôle important dans l'établissement et le maintien des relations avec les pairs et avec les adultes qui entourent l'enfant (Miller, 1993; Waters et autres, 1993).

Le concept de soi semble, de plus, représenter la base sur laquelle reposent les buts et les aspirations que poursuivra l'enfant ou l'adolescent dans l'avenir, le possible reposant sur la représentation qu'il se fait de lui-même. L'élaboration graduelle du concept de soi et, particulièrement, les périodes de transition soulignent jusqu'à quel point l'enfant, le préadolescent et l'adolescent ont besoin de soutien et d'encadrement, non seulement pour maintenir une image positive d'eux-mêmes, mais pour entretenir une perception claire de ce qu'ils sont et des aspirations qui sont en accord avec leurs caractéristiques personnelles durant des périodes où des expériences nouvelles les obligent à se redéfinir eux-mêmes (Bolognini et Plancherel, 1998; Harter, 1993). La diversité des expériences auxquelles ils seront exposés et l'approbation ou la désapprobation des autres personnes importantes contribueront à alimenter la construction de l'image qu'ils se font d'eux-mêmes.

Par ailleurs, l'association positive maintes fois démontrée entre différents facteurs associés au bien-être laisse entrevoir que le concept de soi, sans être une cause directe, pourrait jouer un rôle de médiation important dans le bien-être des enfants et des adolescents (Harter, 1998b). On reconnaît, par ailleurs, qu'un concept de soi faible est relié à des affects négatifs qui peuvent aller jusqu'à l'idéation suicidaire (Bolognini et Plancherel, 1998; Harter, 1993). Le peu de connaissances précises entourant les processus selon lesquels se déroulent les échanges entre le concept de soi et différentes variables de nature psychosociale permet même de supposer qu'un bon concept de soi fait peut-être partie de ce qu'on désigne par bien-être.

Dans l'ensemble, le processus selon lequel s'élabore le concept de soi et l'association entre le concept de soi et différents aspects de la santé et du bien-être plaident en faveur de l'attention qu'il faut porter aux enfants et aux adolescents en ce qui concerne le développement et le maintien d'un sain concept de soi.

5.2 Qu'est-ce que l'évaluation des programmes nous apprend sur l'efficacité des interventions destinées à améliorer le concept de soi ?

Une fois établie l'importance du concept de soi dans la vie des enfants et des adolescents, il reste encore à examiner l'existence d'interventions efficaces pour agir dans ce sens. L'examen des méta-analyses et des revues de la documentation ayant porté sur des programmes déjà évalués devrait permettre de répondre, du moins partiellement, à cette question.

Le tableau 3 présente cinq études ayant servi de base à l'analyse des programmes qui poursuivaient un objectif d'amélioration du concept de soi ou un objectif général de prévention des problèmes psychosociaux auprès des enfants et des adolescents. Trois de ces études ont examiné les effets de l'intervention sur le

concept de soi; les deux autres concernent le développement des habiletés, qui constitue l'un des objectifs poursuivis par les interventions axées sur le concept de soi.

Les auteurs des trois premières études concluent que les programmes examinés améliorent le concept de soi (Haney et Durlak, 1998; Hattie, 1992; Gurney, 1987); toutefois, dans deux de ces études, les auteurs précisent que ces gains sont modestes (Haney et Durlak, 1998; Hattie, 1992). D'autres auteurs soulignent également les résultats modestes des interventions quant à l'amélioration du concept de soi et la rareté des résultats concernant le maintien des acquis une fois que l'intervention a pris fin (Harter, 1998b; Hattie et Marsh, 1996; Kohn, 1994; Beane, 1991).

Les programmes examinés se distinguent, en premier lieu, selon qu'ils portent directement ou indirectement sur l'amélioration du concept de soi, ceux de la deuxième catégorie visant d'abord l'acquisition d'habiletés pour susciter par la suite l'amélioration du concept de soi. Alors que Gurney (1987) conclut que ces deux types de programmes ont des effets équivalents sur le concept de soi, Haney et Durlak (1998) ainsi que Hattie (1992) affirment la supériorité des programmes qui visent avant tout le concept de soi. Ce dernier auteur souligne par ailleurs que les programmes qui tentent d'améliorer le concept de soi en misant sur l'amélioration du rendement scolaire seraient peu efficaces. De leur côté, Weissberg, Caplan et Harwood (1991) ainsi que Kornberg et Caplan (dans Caplan et autres, 1992) concluent aux effets positifs des programmes axés sur l'acquisition d'habiletés en ce qui concerne divers aspects de la santé physique et mentale des enfants d'âge scolaire. Il faut souligner toutefois que le terme *habiletés* fait référence à des notions différentes selon les auteurs. En effet, alors que certains d'entre eux désignent par ce vocable des habiletés générales – comme les habiletés sociales, les habiletés sportives, les habiletés en lecture ou en mathématiques –, d'autres définissent plutôt les habiletés dans le sens de stratégies, surtout cognitives et affectives, destinées à permettre l'accomplissement d'une tâche ou d'une activité. Il est dès lors difficile d'interpréter clairement ce que les divers auteurs entendent par programmes d'amélioration des habiletés[6].

En second lieu, les programmes destinés à améliorer le concept de soi se distinguent également selon l'approche qui les sous-tend. On distingue deux approches principales dans les interventions axées sur le concept de soi : les interventions basées sur une approche affective et les interventions d'inspiration cognitive. Il existe peu de programmes axés exclusivement sur l'une ou l'autre approche; en ce sens, il s'agit davantage de distinguer les programmes en fonction de l'approche prédominante dont ils s'inspirent.

6. Des auteurs utilisent également le terme *compétences*.

TABLEAU 3
Études sur l'efficacité des programmes axés sur l'amélioration du concept de soi

Auteurs de l'étude, caractéristiques de l'étude et programmes recensés	Conclusions de l'étude : efficacité par rapport au concept de soi	Autres conclusions : efficacité par rapport à d'autres variables
Gurney (1987) Revue de programmes axés sur le concept de soi en milieu scolaire : enrichissement du programme scolaire, interventions directes sur le concept de soi, modification du comportement des enseignants et des élèves.	• Les programmes améliorent le concept de soi.	• Les programmes améliorent le rendement scolaire. • Rien ne prouve que l'amélioration des habiletés entraîne un meilleur concept de soi ou l'inverse : il faut viser les deux.
Hattie (1992) Méta-analyse à partir des résultats d'évaluation de programmes présentés dans 89 articles : programmes d'inspiration cognitive (ex. : thérapie cognitive, enseignement des habiletés), d'inspiration affective (croissance personnelle, thérapie gestaltiste) et mixtes.	• Certains programmes sont efficaces pour améliorer le concept de soi, mais l'amélioration est modeste. • Les programmes basés sur une approche cognitive sont plus efficaces que les programmes qui s'inspirent d'une approche affective. • Les programmes qui visent l'amélioration du concept de soi par l'amélioration du rendement scolaire sont peu efficaces.	
Haney et Durlak (1998) Méta-analyse de 120 projets d'intervention axés sur le concept de soi ou l'acquisition d'habiletés.	• Les programmes améliorent de façon modeste le concept le soi. • Il n'y a pas de différence dans l'efficacité des programmes selon l'approche conceptuelle adoptée.	
Kornberg et Caplan, dans Caplan et autres (1992) Revue de 650 documents relatifs aux facteurs de risque biopsychosociaux et aux interventions préventives s'y rapportant.		• Les programmes d'entraînement aux compétences sont les plus efficaces ; ces programmes incluent l'enseignement d'habiletés, l'information, le renforcement de valeurs et de croyances axées sur les comportements socialement acceptables et la santé ainsi que la création d'environnements qui encouragent l'exercice des habiletés.

Auteurs de l'étude, caractéristiques de l'étude et programmes recensés	Conclusions de l'étude : efficacité par rapport au concept de soi	Autres conclusions : efficacité par rapport à d'autres variables
Weissberg, Caplan et Harwood (1991) Revue de programmes axés sur le développement des compétences et l'éducation à la santé, incluant des programmes de prévention et de traitement.		• Les effets à court terme sur la santé physique et la santé mentale sont positifs. • Les programmes axés exclusivement sur l'acquisition de connaissances seraient peu efficaces. • Pour être efficace, l'enseignement des habiletés doit être combiné à des actions qui agissent sur l'environnement (possibilité de recourir aux habiletés acquises et encouragement à y recourir).

Les programmes qui adoptent surtout une approche affective reposent sur des activités de développement personnel et font largement appel à la valorisation par les pairs et les adultes. Ces programmes, populaires dans les années 1960 et 1970, étaient généralement menés durant des périodes exclusivement dédiées au concept de soi, sans véritable lien avec les autres activités de la classe ou de l'école : ces activités permettaient notamment aux enfants d'exprimer verbalement une appréciation positive, d'eux-mêmes ou des autres, et de dire, par exemple, « Je suis quelqu'un » ou encore « Je suis fier de moi ». Plusieurs auteurs ont dénoncé ces programmes qui reposent sur une vision simpliste du concept de soi (Beane, 1991) et ils mettent en doute leur efficacité (Harter, 1998b). Les enfants et les adolescents seraient en effet peu sensibles à des manifestations d'approbation exprimées dans un contexte artificiel et sans lien avec leur réalité quotidienne.

D'autres programmes, d'inspiration avant tout cognitive, font appel à des stratégies d'apprentissage qui sont orientées sur la restructuration de la pensée, notamment sur la modification des distorsions cognitives, et qui comportent souvent une composante behaviorale axée sur l'acquisition de stratégies ou de techniques permettant d'accomplir une tâche ou une activité. Ces programmes tentent donc d'améliorer le concept de soi en augmentant la compétence de l'enfant dans un domaine particulier et en empruntant un modèle théorique qui tient compte des différentes sources de la motivation (voir la figure 4). Le processus utilisé vise à agir non seulement sur la perception qu'a l'enfant de sa compétence à accomplir

une activité, mais aussi sur l'intérêt que ce dernier porte à cette activité et sur la façon dont il interprète ses réussites et ses échecs. Cela se fait en enseignant simultanément à l'enfant diverses stratégies cognitives et affectives qui lui permettent à la fois de sentir qu'il maîtrise la tâche à accomplir et d'améliorer son rendement (Viau, 1999; Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998).

Alors que, pour Haney et Durlak (1998), aucun modèle conceptuel ne se distingue sur le plan de l'efficacité des programmes, plusieurs auteurs reconnaissent la supériorité des interventions basées sur une approche cognitive non seulement pour augmenter la compétence de l'enfant et de l'adolescent dans différents domaines, mais aussi pour améliorer son concept de soi dans ces domaines et son concept de soi global (Harter, 1998b; Hattie, 1992); les programmes basés sur une approche cognitive auraient des effets plus consistants et plus systématiques que les programmes reposant sur une base affective (Hattie, 1992; Strein, dans Harter, 1998b).

Enfin, certains auteurs font également mention de la cible des interventions axées sur l'amélioration du concept de soi. Tandis que les premiers programmes d'intervention axés prioritairement sur le concept de soi visaient presque exclusivement les enfants eux-mêmes et les adolescents, les programmes plus récents et ceux qui misent avant tout sur l'amélioration des habiletés ciblent également l'environnement (Beane, 1991). En effet, plusieurs auteurs optent pour une approche résolument écologique; le concept de soi et les habiletés de l'enfant ne peuvent pleinement se développer que dans un environnement humain qui permet aux enfants et aux adolescents de mettre en pratique les habiletés acquises et de recevoir une rétroaction de la part de personnes importantes comme les parents et les enseignants.

Alors que certains auteurs affirment que des programmes axés sur la promotion et la prévention se sont avérés efficaces, d'autres sont plus sceptiques. La majorité des auteurs s'entendent toutefois pour reconnaître qu'il serait plus facile de modifier le concept de soi dans des domaines particuliers que le concept de soi global (Bracken, 1996). Chose certaine, l'ensemble des évaluations effectuées laissent croire à des résultats modestes en ce qui concerne le concept de soi. L'amélioration du concept de soi serait, comme le dit si bien Beane (1991), une tâche plus complexe que prévu : « Clearly, enhancing self-esteem is not the soft or simple work that so many people believe it to be[7]. »

Il serait illusoire de prétendre modifier le concept de soi, en particulier le concept de soi global, par des interventions unidimensionnelles qui ne s'échelonnent que sur quelques semaines.

7. J.A. BEANE (1991). « Sorting out the self-esteem controversy », *Educational Leadership*, septembre, p. 30.

5.3 Que nous apprennent les modèles théoriques sur l'amélioration du concept de soi ?

Les résultats modestes des programmes axés sur l'amélioration du concept de soi et les conclusions parfois contradictoires formulées par les chercheurs incitent à réexaminer les fondements de l'intervention à la lumière des modèles théoriques proposés concernant le concept de soi et ses déterminants.

Ainsi, selon Harter (1998a, 1993), la compétence dans des domaines auxquels l'enfant ou l'adolescent accorde beaucoup d'intérêt et l'approbation des personnes importantes pour ce jeune, c'est-à-dire le soutien social des parents, des pairs et des enseignants en particulier, constituent les deux déterminants essentiels du concept de soi. Bref, pour avoir un bon concept de soi, l'enfant ou l'adolescent doit être compétent dans différentes sphères qu'il privilégie et être reconnu comme tel par des personnes importantes à ses yeux. Dès lors, l'amélioration du concept de soi passe nécessairement par l'acquisition de compétences auxquelles l'enfant ou l'adolescent accorde beaucoup d'intérêt et par le maintien ou l'amélioration du soutien social des personnes qui l'entourent (Bracken, 1996).

Le moyen le plus sûr de faciliter l'acquisition de compétences est sans nul doute de permettre à l'ensemble des enfants et des adolescents de vivre des expériences diversifiées afin qu'ils puissent, d'une part, acquérir différents types de compétences et, d'autre part, découvrir des domaines d'intérêt. Un rapport récent publié par l'Institut canadien de la santé infantile abonde dans ce sens :

> Bien des possibilités peuvent être offertes aux enfants : de bonnes écoles, des sports d'équipe, une initiation à l'art, des occasions de bénévolat et des échanges culturels. Ce qui importe, c'est que les enfants aient de nombreuses options. C'est ainsi qu'ils acquièrent des compétences et une bonne capacité d'adaptation. Les possibilités qui leur sont offertes motivent les jeunes et leur permettent de se réaliser. Elles les aident à gagner en confiance et en assurance, leur donnent de l'espoir, et leur permettent de nourrir des ambitions et des rêves d'avenir[8].

Le rapport québécois intitulé *Un Québec fou de ses enfants* réitère l'importance d'enrichir les expériences de l'enfant en mettant l'accent sur les occasions de contacts sociaux qui s'offrent à lui :

> Cette confiance, ce sentiment de compétence, cette estime que l'on se porte à soi-même, cette capacité que l'on se reconnaît d'agir sur son environnement ne sont pas donnés à la naissance… On les acquiert selon les expériences inscrites dès le tout jeune âge et durant toute la vie. L'image que les autres

8. INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (1997). *Notre promesse aux enfants*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, p. 96.

nous renvoient et les expériences de succès et d'échec dans nos tentatives de nous rapprocher des autres sont déterminantes à ce niveau[9].

L'image renvoyée à l'enfant ou à l'adolescent par les autres – c'est-à-dire par les parents, par les pairs, par les enseignants et par d'autres personnes importantes pour le jeune –, est également essentielle au développement et au maintien d'un bon concept de soi. Elle permet non seulement de rassurer l'enfant sur ses compétences, mais aussi de l'encourager dans ses efforts et, au besoin, cet enfant peut réajuster ses aspirations.

Selon Harter (1999), les stratégies efficaces pour soutenir le développement d'un bon concept de soi sont axées sur des facteurs cognitifs et sociaux. Ces stratégies peuvent contribuer :

- à augmenter les habiletés des enfants et des adolescents dans divers domaines;
- à aider les enfants et les adolescents à entretenir des aspirations qui sont en accord avec leurs habiletés;
- à aider les enfants et les adolescents à faire une évaluation juste d'eux-mêmes, qui s'appuie sur la réalité;
- à influencer les théories personnelles sous-jacentes à l'évaluation de soi pour amener les enfants et les adolescents à valoriser leurs réussites et à ne pas accorder une importance exagérée à des facteurs qui échappent à leur contrôle;
- à faire en sorte que les enfants et les adolescents reçoivent le soutien social dont ils ont besoin et recherchent les contextes dans lesquels ils reçoivent un soutien social adéquat;
- à mener les enfants et les adolescents à l'intériorisation d'une image positive d'eux-mêmes.

Harter (1999) insiste également tant sur l'importance de considérer le niveau de développement des enfants et des adolescents dans les interventions à mettre en place que sur celle de prêter une attention particulière à certaines périodes de transition où ils sont plus vulnérables quant à l'image qu'ils se font d'eux-mêmes.

Par ailleurs, les mécanismes mis en évidence dans le domaine de la recherche sur la motivation et l'apprentissage font comprendre la place qu'occupent non seulement les aspects cognitifs mais aussi les aspects affectifs dans le déroulement des apprentissages. Ainsi, le sentiment d'être capable d'accomplir la tâche proposée, l'intérêt pour cette tâche et la façon dont l'enfant ou l'adolescent interprète ses réussites et ses échecs antérieurs sont autant d'éléments qui influencent son recours à

9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, rapport du Groupe de travail pour les jeunes, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 41.

des stratégies efficaces pour réaliser cette tâche et la persévérance dont il fera preuve pour la mener à terme. Un tel modèle montre clairement que, si le concept de soi joue un rôle dans le rendement – particulièrement en ce qui concerne la motivation à accomplir une tâche –, d'autres facteurs, comme les attributions et l'intérêt pour la tâche ainsi que les stratégies utilisées pour l'accomplir, influencent également ce rendement. Il permet aussi de constater que la relation entre le concept de soi et le rendement scolaire n'est pas aussi simple et directe que ce que certains auteurs ont pu laisser entendre (Viau, 1999; Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998).

Il serait donc possible d'améliorer le concept de soi par des interventions qui visent à la fois l'augmentation des habiletés chez les enfants et les adolescents ainsi que le soutien social dont ils disposent. Toutefois, certaines limites peuvent entraver l'amélioration du concept de soi chez certains enfants ou adolescents qui ont développé une image négative d'eux-mêmes. En premier lieu, il s'avérerait difficile de modifier un concept de soi très faible chez les enfants plus âgés et les adolescents, comparativement à un concept de soi légèrement sous la normale chez de jeunes enfants. En second lieu, certains enfants et adolescents peuvent avoir de faibles compétences dans plusieurs domaines. Même si des interventions permettent d'augmenter le potentiel initial de l'enfant ou de l'adolescent, la compétence limitée dans un domaine peut constituer une menace au développement d'un concept de soi positif. De plus, il peut s'avérer difficile, voire impossible, pour les personnes de modifier leurs aspirations dans certains domaines; il s'agit de domaines où les pressions sociales et culturelles sont si fortes que les enfants et les adolescents auront du mal à adopter des idéaux qui échappent aux valeurs véhiculées par la société et la culture. Pensons par exemple à la minceur pour les filles. Par ailleurs, le soutien parental peut s'avérer, dans certains cas, fort inadéquat et difficile à modifier. La reconnaissance de ces limites, loin de décourager les interventions préventives, permet plutôt d'avoir des attentes réalistes quant aux résultats qu'on peut en escompter.

Dans l'ensemble, le modèle qui rend compte de l'action des déterminants du concept de soi vient renforcer l'idée, du moins dans une perspective de **promotion du concept de soi**, d'intervenir avant tout pour améliorer les compétences de l'enfant ou de l'adolescent en l'exposant d'abord à une diversité d'expériences; le développement du concept de soi exige donc que, tant dans la famille et dans le milieu scolaire que dans le quartier ou la communauté de l'enfant ou de l'adolescent, on tente de **multiplier les occasions d'activités variées, stimulantes et adaptées au niveau de développement de chacun**. Il apparaît également essentiel que, dans le domaine scolaire, une attention particulière soit prêtée aux aspects affectifs et cognitifs de la motivation et des stratégies d'apprentissage, et que les **connaissances les plus récentes sur les processus d'apprentissage et sur le rôle de la motivation dans la réussite scolaire soient intégrées aux cours de didactique et qu'elles se reflètent dans la pratique quotidienne des enseignants**.

Ce modèle vient également appuyer l'idée d'**intervenir sur l'environnement afin que les enfants et les adolescents puissent puiser dans leur entourage pour recevoir l'approbation et l'encouragement dont ils ont besoin**.

Conclusion

La recension d'écrits sur le concept de soi permet de constater le rôle important de l'image de soi et de l'évaluation de soi dans la vie des personnes. Toutefois, plusieurs questions subsistent quant aux aspects fonctionnels du concept de soi. Les relations entre le concept de soi global et des aspects plus particuliers du concept de soi, les liens entre le concept de soi et divers aspects de la santé et du bien-être ainsi que les moyens les plus efficaces pour soutenir ou modifier le concept de soi des enfants et des adolescents sont autant de thèmes sur lesquels les connaissances sont lacunaires et auxquels, il faut le souhaiter, chercheurs et théoriciens s'attarderont au cours des prochaines années.

Les écrits consultés ont permis de constater que le concept de soi est avant tout tributaire de la relation initiale d'attachement et, ultérieurement, des compétences dont disposent les personnes en relation avec les aspirations qu'elles nourrissent à propos d'elles-mêmes ainsi que de l'approbation que leur manifestent les personnes importantes de leur entourage. Les travaux de plusieurs auteurs ont également mis en évidence une relation positive entre le concept de soi et certains aspects de l'adaptation sociale et de la santé mentale tant des enfants que des adolescents; ainsi, un bon concept de soi serait associé positivement à un rendement scolaire satisfaisant et négativement à des affects dépressifs, à la dépression et à l'idéation suicidaire. L'état actuel des connaissances ne permet toutefois pas d'établir de lien de causalité entre le concept de soi et l'adaptation sociale ou la santé mentale des enfants et des adolescents, donc de confirmer le concept de soi en tant que déterminant de la santé et du bien-être; le rôle médiateur que semble jouer cette variable mérite néanmoins d'être approfondi afin d'élaborer une explication plus satisfaisante du mode d'action du concept de soi dans la vie des enfants et des adolescents.

Enfin, ce rôle médiateur qu'exercerait le concept de soi dans l'adaptation sociale et la santé mentale justifie, à lui seul, que des interventions axées sur la promotion viennent soutenir le développement et le maintien d'un bon concept de soi chez les enfants et les adolescents. Les interventions visant à établir un attachement sécurisant entre le jeune enfant et ses parents et le style éducatif démocratique adopté par les parents sont susceptibles de favoriser un bon concept de soi tout en agissant sur d'autres déterminants reconnus de la santé et du bien-être; il en va ainsi des interventions visant à s'assurer que les enfants et les adolescents aient accès à un réseau social satisfaisant ainsi qu'à un environnement favorable au développement de diverses compétences ou habiletés.

RÉFÉRENCES

AYOTTE, V. (1996). *Évaluation d'un programme visant à développer l'estime de soi des adolescents*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 89 p.

BACHMAN, J.G., et P.M. O'MALLEY (1986). « Self-concepts, self-esteem, and educational experiences: The frogpond revisited (again) », *Journal of Personal and Social Psychology*, vol. 50, p. 35-46.

BANDURA, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice-Hall, 617 p.

BEANE, J.A. (1991). « Sorting out the self-esteem controversy », *Educational Leadership*, septembre, p. 25-30.

BOLOGNINI, M., et B. PLANCHEREL (1998). « Estime de soi et santé psychique : Le rôle de la puberté et du support social », dans M. Bolognini et Y. Prêteur (sous la dir. de), *Estime de soi : Perspectives développementales*, Paris, Delachaux et Niestlé, p. 85-105.

BRACKEN, B.A. (1996). « Clinical applications of a context-dependent, multidimensional model of self-soncept », dans B.A. Bracken (sous la dir. de), *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social, and Clinical Considerations*, New York, John Wiley, p. 463-505.

BYRNE, B.M. (1996). « Academic self-concept: Its structure, measurement, and relation with academic achievement », dans B.A. Bracken (sous la dir. de), *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social and Clinical Considerations*, New York, John Wiley, p. 287-316.

BYRNE, B.M. (1986). « Self-concept/academic achievement relations: An investigation of dimensionality, stability and causality », *Canadian Journal of Behavioral Sciences*, vol. 18, p. 173-186.

BYRNE, B.M. (1984) « The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research », *Review of Educational Resources*, vol. 54, p. 427-456.

CAMPBELL, J.D., et L.F. LAVALLEE (1993). « Who am I? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem », dans R.F. Baumeister (sous la dir. de), *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard*, New York, Plenum Press, p. 3-20.

CAPLAN, M., et autres (1992). « Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, nº 1, p. 56-63.

CARR, M., J.G. BORKOWSKI et S.E. MAXWELL (1991). « Motivational components of underachievement », *Developmental Psychology*, vol. 27, nº 1, p. 108-118.

CHAPMAN, R.W. (1997). « Self-esteem and health », *Archives of Family Medicine*, vol. 6, p. 71.

DE LÉONARDIS, M., et O. LESCARRET (1998). « Estime de soi, pratiques éducatives familiales et investissement de la scolarité à l'adolescence », dans M. Bolognini et Y. Prêteur (sous la dir. de), *Estime de soi : Perspectives développementales*, Paris, Delachaux et Niestlé, p. 217-232.

ECCLES, J.S., A. WIGFIELD et U. SCHIEFELE (1998). « Motivation to succeed », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional, and Personality Development*, 5e édition, New York, John Wiley, p. 1017-1095.

ERIKSON, E.H. (1950). *Childhood and Society*, New York, Norton, 397 p.

FILOZOF, E.M., et autres (1998). « Relationship of adolescent self-esteem to selected academic variables », *The Journal of School Health*, vol. 68, nº 2, p. 68-72.

FORTIN, F. (1992). « Les effets protecteurs de l'estime de trois ressources de support interne : l'estime de soi, le lieu de contrôle et l'efficacité personnelle », *Science et comportement*, vol. 22, nº 1, p. 23-66.

FRANCO, N., et M.J. LEVITT (1998). « The social ecology of middle childhood: Family support, frienship quality, and self-esteem », *Family Relations*, vol. 47, nº 4, p. 315-321.

GARZARELLI, P., B. EVERHART et D. LESTER (1993). « Self-concept and academic performance in gifted and academically weak students », *Adolescence*, vol. 28, p. 235-237.

GURNEY, P. (1987). « Self-esteem enhancement in children: A review of research findings », *Educational Research*, vol. 29, nº 2, p. 130-136.

HANEY, P., et J.A. DURLAK (1998). « Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytic review », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 27, nº 4, p. 423-433.

HANSFORD, B.C., et J.A. HATTIE (1982). « The relationship between self and achievement/performance measures », *Review of Educational Research*, vol. 52, p. 123-142.

HARTER, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*, New York, The Guilford Press, 413 p.

HARTER, S. (1998a). « Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent: Considérations historiques, théoriques et méthodologiques », dans M. Bolognini et Y. Prêteur (sous la dir. de), *Estime de soi : Perspectives développementales*, Paris, Delachaux et Niestlé, p. 57-81.

HARTER, S. (1998b). « The development of self-representations », dans W. Damon et N. Eisenberg (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3: *Social, Emotional, and Personality Development*, 5e édition, New York, John Wiley, p. 553-617.

HARTER, S. (1996). « Historical roots of contemporary issues involving self-concept », dans B.A. Bracken (sous la dir. de), *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social, and Clinical Considerations*, New York, John Wiley, p. 1-37.

HARTER, S. (1993). « Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents », dans R.F. Baumeister (sous la dir. de), *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard*, New York, Plenum Press, p. 87-116.

HATTIE, J. (1992). *Self-Concept*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, 307 p.

HATTIE, J., et H.W. MARSH (1996). « Future directions in self-concept research », dans B.A. Bracken (sous la dir. de), *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social, and Clinical Considerations*, New York, John Wiley, p. 421-462.

HÉROUX, L., et M. FARRELL (1985). « Le développement du concept de soi chez les enfants de 5 à 8 ans », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. X, nº 1, p. 103-117.

HOGE, D.R., E.K. SMIT et J.T. CRIST (1995). « Reciprocal effects of self-concept and academic achievement in sixth and seventh grade », *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 24, nº 3, p. 295-314.

HURST, D.F., et autres (1997). « The relationship of self-esteem to the health-related behaviors of the patients of a primary care clinic », *Archives of Family Medicine*, vol. 6, p. 67-70.

INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE (1997). *Notre promesse aux enfants*, Ottawa, Institut canadien de la santé infantile, 214 p.

KAHNE, J. (1996). « The politics of self-esteem », *American Educational Research Journal*, vol. 33, nº 1, p. 3-22.

KING, K.A. (1997). « Self-concept and self-esteem: A clarification of terms », *Journal of School Health*, vol. 67, nº 2, p. 68-70.

KOHN, A. (1994). « The truth about self-esteem », *Phi Delta Kappan*, vol. 76, nº 4, p. 272-283.

LAVOIE, G. (1993). « La relation entre le concept de soi, l'estime de soi et l'adaptation scolaire : implications psychopédagogiques », *Apprentissage et socialisation*, vol. 16, nº 1, p. 131-142.

L'ÉCUYER, R. (1992). « An experimental-developmental framework and methodology to study the transformations of the self-concept from infancy to old age », dans T.M. Brinthaupt et R.P. Lipka (sous la dir. de), *The Self: Definitional and Methodological Issues*, Albany, State University of New York Press, p. 96-136.

L'ÉCUYER, R. (1990). « Le développement du concept de soi de 0 à 100 ans, cent ans après William James », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 11, nºs 1-2, p. 126-167.

LENS, W., et M. DECRUYENAERE (1991). « Motivation and de-motivation in secondary education: Student characteristics », *Learning and Instruction*, vol. 1, p. 145-159.

MARSH, H.W. (1987). « The big-fish-little-pond effect on academic self-concept », *Journal of Educational Psychology*, vol. 79, p. 280-295.

MARSH, H.W. (1986). « Global self-esteem: Its relation to specific facets of self-concept and their importance », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 51, nº 6, p. 1224-1236.

MARSH, H.W., et J. HATTIE (1996). « Theoretical perspectives on the structure of self-concept », dans B.A. Bracken (sous la dir. de), *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social, and Clinical Considerations*, New York, John Wiley, p. 38-90.

MARSH, H.W., et R. SHAVELSON (1985). « Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure », *Educational Psychologist*, vol. 20, nº 3, p. 107-123.

MILLER, J.B. (1993). « Learning from early relationship experience », dans S. Duck (sous la dir. de), *Learning About Relationships*: Newbury Park (Californie), Sage Publications, p. 1-29. (Understanding Relationship Processes Series, vol. 2)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, rapport du Groupe de travail pour les jeunes, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.

MORVITZ, E., et R.W. MOTTA (1992). « Predictors of self-esteem: The roles of parent-child perceptions, achievement, and class placement », *Journal of Learning Disabilities*, vol. 25, nº 1, p. 72-80.

MUIJS, R.D. (1997). « Symposium: Self perception and performance predictors of academic achievement and academic self-concept – A longitudinal perspective », *British Journal of Educational Psychology*, vol. 67, p. 263-277.

NURMI, J.E., et E. PULLIAINEN (1991). « The changing parent-child relationship, self-esteem, and intelligence as determinants of orientation to the future during early adolescence », *Journal of Adolescence*, vol. 14, nº 1, p. 35-51.

PAJARES, F. (1996). « Self-efficacy beliefs in academic setting », *Review of Educational Research*, vol. 66, p. 672-681.

PROUT, H.T., et S.M. PROUT (1996). « Global self-concept and its relationship to stressful life conditions », dans B.A. Bracken (sous la dir. de), *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social, and Clinical Considerations*, New York, John Wiley, p. 259-286.

ROSENBERG, M., et L. PEARLIN (1978). « Social class and self-esteem among children and adults », *American Journal of Sociology*, vol. 84, p. 53-77.

ROSENBERG, M., C. SCHOOLER et C. SCHOENBACH (1989). « Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects », *American Sociological Review*, vol. 54, nº 6, p. 1004-1008.

ROY, M.A., M.C. NEALE et K.S. KENDLER (1995). « The genetic epidemiology of self-esteem », *British Journal of Psychiatry*, vol. 166, p. 813-820.

RUEL, P.H. (1987). « Motivation et représentation de soi », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. XIII, nº 2, p. 239-259.

SCHEFF, T.J., S.M. RETZINGER et M.T. ISHIN (1989). « Crime, violence, and self-esteem: Review and proposals », dans A.M. Mecca, N.J. Smelser et J. Vasconcellos (sous la dir. de), *Social Importance of Self-Esteem*, Berkeley, University of California Press, p. 165-199.

SCHUNK, D.H., et B.J. ZIMMERMAN (1997). « Developing self-efficacious readers and writers: The role of social and self-regulatory processes », dans J.T. Guthrie et A. Wigfield (sous la dir. de), *Reading Engagement: Motivating Readers Through Integrated Instruction*, Newark (Delaware), International Reading Association, p. 35-50.

SHAVELSON, R.J., et R. BOLUS (1982). « Self-concept: The interplay of theory and methods », *Journal of Educational Psychology*, vol. 74, p. 3-17.

SHELL, D., C. MURPHAY et R. BRUNING (1989). « Self-efficacy and outcome expectancy mechanisms in reading and writing achievement », *Journal of Educational Psychology*, vol. 81, p. 91-100.

SKAALVIK, E.M., et K.A. HAGTVET (1990). « Academic achievement and self-concept: An analysis of causal predominance in a developmental perspective », *Journal of Educational Psychology*, vol. 58, p. 292-307.

SWANN, W.B. JR., et J.D. BROWN (1990). « From self to health: Self-verification and identity disruption », dans B.R. Sarason, I.G. Sarason et G.R. Pierce (sous la dir. de), *Social Support: An Interactional View*, New York, John Wiley, p. 150-172.

TORRES, R., F. FERNANDEZ et D. MECEIRA (1995). « Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior », *Adolescence*, vol. 30, nº 118, p. 403-412.

TOUSIGNANT, M., et autres (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions : état de la question et propositions d'action*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 131 p.

VIAU, R. (1999). *La motivation dans l'apprentissage du français*, Saint-Laurent (Canada), ERPI, L'école en mouvement, 161 p.

VILA, G., et autres (1994). « Estime de soi et troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent », *PRISME*, vol. 14, nº 1, p. 67-76.

WATERS, E., et autres (1993). « Is attachment theory ready to contribute to our understanding of disruptive behavior problems? », *Development and Psychopathology*, vol. 5, p. 215-224.

WEISSBERG, R.P., M. CAPLAN et R.L. HARWOOD (1991). « Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A system-based perspective on primary prevention », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, nº 6, p. 830-841.

WEST, C.K., J.A. FISH et R.J. STEVENS (1980). « General self-concept, self-concept of academic ability and school achievement: Implications for causes of self-concept », *Australian Journal of Education*, vol. 24, p. 194-213.

WHITBECK, L.B., et autres (1991). « Family economic hardship, parental support, and adolescent self-esteem », *Social Psychology Quarterly*, vol. 54, nº 4, p. 353-363.

WILTFANG, G.L., et M. SCARBECZ (1990). « Social class and adolescent self-esteem: Another look », *Social Psychology Quarterly*, vol. 53, p. 174-183.

WINKELSTEIN, M.L. (1989). « Fostering positive self-concept in the school-age child », *Pediatric Nursing*, vol. 15, nº 3, p. 229-233.

WYLIE, R.C. (1979). *The Self-Concept*, vol. 2: *Theory and Research on Selected Topics*, Lincoln, University of Nebraska Press, 825 p.

ZIMMERMAN, B.J., et R. RISEMBERG (1994). « Investigating self-regulatory processes and perceptions of self-efficacy in writing by college students », dans P.R. Pintrich et autres (sous la dir. de), *Student Motivation, Cognition, and Learning*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 239-256.

F3

CHAPITRE 5

L'alimentation

Lise Bertrand

Aristote prodiguait des conseils alimentaires qui se retrouvent, encore aujourd'hui, parmi les recommandations les plus judicieuses : « Consommer des fruits, manger peu de viande, boire de l'alcool avec modération… ». Rabelais a par ailleurs plaidé pour un principe que ne cessent de nous rappeler gourmands et gourmets : « Que diable ! Donnez-moi du plaisir dans votre nourriture… ».

Manger avec plaisir pour vivre en santé devrait être le principe des experts en nutrition, des planificateurs de la santé, des communicateurs de messages nutritionnels et de tous ceux qui participent à la fabrication et à la préparation des aliments. N'est-ce pas une valeur qu'on devrait inculquer à toute personne dès son enfance ?

Quelles que soient les interventions ou les politiques mises en œuvre dans le domaine de l'alimentation, dont l'inventaire et l'analyse sont l'objet du présent chapitre, il n'y aura pas de résultat durable si ce principe est oublié.

Alimentation ou nutrition ? Clarifions la nuance. L'alimentation se rapporte aux aliments qui sont produits, transformés, préparés, consommés; elle est sociale, culturelle, politique, religieuse, économique; elle traduit des habitudes, des sentiments, des valeurs, des croyances. La nutrition a trait aux nutriments et aux autres substances que les aliments contiennent; elle traduit leurs actions, interactions et équilibres en relation avec la santé et la maladie; elle explique les processus par lesquels l'organisme ingère, digère, absorbe, transporte, utilise et excrète les substances provenant des aliments. Elle est scientifique, biochimique, physiologique ou encore médicale. Mais, puisque la nutrition reflète l'alimentation et tous ses attributs, on utilisera le terme dans une perspective beaucoup plus large que métabolique, de sorte que les expressions seront souvent interchangeables. On parlera d'éducation en nutrition, de politique de nutrition, de plan d'action en nutrition, comme on pourra aussi faire mention de politique alimentaire ou de recommandations alimentaires.

1. Alimentation ou nutrition : un déterminant de la santé et du bien-être des personnes

Associée à la maladie autant qu'à la santé, l'alimentation voit son importance sans cesse grandir avec les connaissances scientifiques. Les aliments sont d'abord et avant tout la source des éléments essentiels à la vie, et à la vie en bonne santé, que sont les vitamines, les minéraux, les glucides complexes, les antioxydants, les acides gras essentiels, les protéines, les isoflavones et les indoles, par exemple.

1.1 Un vrai garde du corps

Il est maintenant démontré qu'une alimentation adéquate en quantité et en qualité nutritive représente un facteur de base de la croissance et du développement normal de l'organisme humain, de la résistance du système immunitaire tout au long de la vie, de la protection contre plusieurs types de cancer et de la prévention des maladies cardiovasculaires, du diabète, de l'ostéoporose, de l'obésité, de la naissance de bébés de petit poids, des malformations du tube neural, etc. (Simopoulos, 1987).

À l'inverse, une alimentation insuffisante – qui inclut trop peu de fruits et légumes par exemple –, de piètre qualité nutritionnelle – où l'on remarque une insuffisance, notamment de calcium, de fer ou encore de vitamine E –, ou à teneur élevée en éléments indésirables comme les toxines, les acides gras « trans », les radicaux libres, les résidus d'insecticides et le mercure contribue à divers problèmes de santé qui peuvent survenir à plus ou moins long terme, de façon subtile ou directe. L'état nutritionnel d'une personne affecte son adaptation quotidienne à divers agents agresseurs qui s'accumulent jour après jour ; ce sont la grippe d'un collègue ou d'un ami, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, la course pour être à temps, le stress d'un travail pressant, une dispute familiale, l'angoisse du manque d'argent ou un environnement bruyant par exemple.

Le lien entre la nutrition, la productivité et l'économie ressort aussi, depuis quelques années, de l'analyse des déterminants de la santé et du bien-être (World Health Organization, 1998 ; American Academy of Arts and Sciences, 1994). Dans son argumentation sur l'importance de la promotion de la nutrition à l'école, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) n'hésite pas à dire qu'une alimentation et une nutrition satisfaisantes durant l'âge scolaire contribuent à la productivité des personnes d'âge adulte et ainsi à l'économie des pays. Frank et Mustard (1994) rappellent, dans une perspective historique, la croissance économique des pays qui a résulté d'une meilleure alimentation des populations. Fogel, un économiste américain, a estimé que 50 % de la croissance économique de la Grande-Bretagne

durant la révolution industrielle était due à la meilleure nutrition de la population (Frank et Mustard, 1994). Enfin, sont maintenant intégrés dans les analyses des coûts de la santé, les effets des habitudes alimentaires sur les maladies qu'elles engendrent ou préviennent.

1.2 Des recommandations convergentes

De véritables consensus s'organisent autour des recommandations en nutrition quant aux divers problèmes de santé et aux besoins de certains groupes de la population. Ainsi, des experts de diverses associations américaines médicales et diététiques, d'agences gouvernementales, de l'industrie alimentaire, de milieux d'intervention et des médias se sont rassemblés en 1997. Plusieurs de ces agences diffusent des recommandations relativement aux quatre problèmes de santé chroniques prédominants aux États-Unis, soit le cancer, les maladies cardiovasculaires, l'obésité et le diabète. Davantage de points communs que de différences ressortent de leurs diverses recommandations. Les participants ont ainsi été amenés à faire consensus sur les éléments nutritionnels qui pouvaient agir sur la prévention des quatre problèmes cités. Les sceptiques, s'il en reste, auront intérêt à lire le credo sur la nutrition qui est ressorti de cette rencontre (Deckelbaum, Fisher et Winston, 1999) méritant d'être soulignée car les mêmes intérêts se retrouvent au Canada.

Un bon nombre d'études cliniques et épidémiologiques démontrent le rôle des mêmes éléments nutritifs dans le cours des quatre maladies chroniques ci-haut mentionnées (Deckelbaum, Fisher et Winston, 1999). Un exemple : les vitamines A, C et E, et d'autres éléments antioxydants agissent comme facteurs de protection tant dans le développement de certaines formes de cancers que dans celui de l'athérosclérose et du diabète.

L'explication biologique la plus probante de ces observations a trait au fait que les nutriments peuvent affecter des mécanismes métaboliques qui sont communs dans la pathogenèse de ces maladies chroniques. Par exemple, l'inflammation cellulaire, la prolifération des cellules, les modifications de l'ADN – toutes des manifestations importantes dans la pathogenèse des cancers, de l'athérosclérose et du diabète –, peuvent être affectées par différents acides gras alimentaires (Deckelbaum, Fisher et Winston, 1999).

Ces constats ont donc rallié les experts américains autour de recommandations communes pour la prévention des quatre problèmes de santé en question. Les recommandations, axées d'abord sur des éléments nutritifs, se résument ainsi en ce qui a trait à la consommation d'aliments : consommer une grande variété d'aliments ; consommer de plus grandes quantités de fruits, de légumes et de produits céréaliers ; consommer une quantité adéquate de calories qui permette un poids-santé, objectif plus facile à atteindre avec l'activité physique régulière (Deckelbaum,

Fisher et Winston, 1999). Ces recommandations sont similaires à celles qui ont présentement cours au Canada (Santé Canada, 1990). Le Guide alimentaire, l'outil de quantification, suggère par exemple que les fruits et légumes et les produits céréaliers prédominent dans l'alimentation, avec un minimum quotidien de cinq portions de chaque catégorie. Le lait, le yogourt et les fromages suivent, avec un total de deux à quatre portions selon l'âge; pour les viandes, les poissons, les œufs et les légumineuses, on suggère deux portions par jour.

1.3 Pourtant, il y a encore confusion

Divers regards peuvent être posés sur l'alimentation; selon l'œil et l'intérêt des différents experts, l'alimentation sera tantôt un facteur de risque, tantôt un déterminant de la santé, souvent au grand désarroi de ceux qui entendent les discours contradictoires (Simopoulos, 1987; Gussow et Thomas, 1986). En effet, les messages diffusés peuvent être eux-mêmes facteurs de risque ou de santé. Expliquons cela par deux exemples, l'un d'ordre alimentaire, l'autre d'ordre nutritionnel :

- Les fromages font partie du groupe des produits laitiers recommandés pour le calcium, les protéines et la vitamine A que ces aliments fournissent; cependant, si l'on ne distingue pas les types de fromages, on peut induire la population en erreur : par exemple, une portion de fromage du type triple crème peut contenir jusqu'à 80 % de matières grasses et 0 mg de calcium, alors qu'une portion de ricotta peut contenir de 5 % à 10 % de matières grasses et 200 mg de calcium.
- L'insuffisance prolongée d'un élément nutritif ou la consommation excessive de ce même nutriment peut entraîner la perturbation de tout un mécanisme du corps humain. Ainsi, une déficience en fer cause de sérieux problèmes d'anémie, mais la consommation exagérée ou non nécessaire de cet élément sous forme de suppléments peut causer une déficience en zinc ou une perturbation du système immunitaire chez une personne.

Cette présentation quelque peu complexe de la nature du déterminant de la santé et du bien-être qu'est la nutrition démontre les problèmes sous-jacents à sa bonne compréhension et à son approche objective. Parfois, on l'explique avec des conseils tellement simples qu'on en fait un sujet simpliste; d'autres fois, on l'approche de façon tellement compliquée qu'on lui enlève tout intérêt. Comme il en est du principe déjà énoncé concernant le plaisir de manger, cette observation doit être retenue à la base de toute intervention auprès des jeunes.

2. La nutrition, un droit énoncé dans les chartes et conventions internationales

Depuis un demi-siècle, le droit à l'alimentation est promulgué de diverses façons dans des chartes, conventions et accords internationaux. En 1948, la Déclaration universelle des droits de l'homme promulguait à l'article 25 que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation [...] ». Depuis l'adoption de cette charte, l'Organisation mondiale de la santé ne cesse de rappeler que l'alimentation est une condition préalable à la santé, avec l'éducation, le travail, le transport, le logement et le soutien social. L'Accord international sur les droits économiques, sociaux et culturels, entré en vigueur en 1976, inclut, dans les mêmes termes, la reconnaissance de ce droit par l'ensemble des pays signataires.

En 1981, l'Assemblée de l'Organisation mondiale de la santé adoptait le Code international de la mise en marché des substituts du lait maternel. Dans le premier paragraphe du préambule, les pays membres affirmaient à cette occasion « le droit de chaque enfant et de chaque femme enceinte ou allaitante d'être nourris adéquatement comme moyen d'obtenir ou de maintenir la santé ». Par ailleurs, dans la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Organisation des Nations unies en 1989 et entrée en vigueur en 1990, on retrouve deux engagements des pays en ce qui concerne la nutrition : celui de combattre la maladie et la malnutrition par l'approvisionnement suffisant en aliments nutritifs, en eau potable, etc., et celui de fournir, en cas de besoin, l'assistance nécessaire en matière de nutrition, de vêtement et de logement (huit objectifs majeurs sont précisés pour l'an 2000).

Dans la Déclaration mondiale sur la nutrition, adoptée en 1992 à l'occasion de la Conférence internationale conjointe de l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture et de l'Organisation mondiale de la santé (FAO/OMS) sur la nutrition, la communauté internationale réaffirme que « l'accès à une alimentation nutritionnellement adéquate et sécuritaire est un droit de chaque individu ». L'Organisation mondiale de la santé indique alors neuf buts et s'engage dans neuf champs d'action prioritaires, dont la promotion de l'allaitement maternel, l'évaluation des programmes de nutrition ainsi que la prévention et le contrôle des déficiences nutritionnelles.

Enfin, à l'occasion du Sommet mondial sur l'alimentation qui s'est tenu à Rome en 1996, les chefs des gouvernements ont réaffirmé, dans la Déclaration sur la sécurité alimentaire, « le droit de tout individu d'avoir accès à des aliments sains et nutritifs, le droit à une alimentation suffisante et le droit fondamental de chacun à être protégé de la faim ».

On notera que des pays aussi différents que le Canada, le Maroc, l'Allemagne et le Costa Rica ont adhéré à ces conventions internationales.

Dans *La politique de la santé et du bien-être*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (1992) a clairement défini les principes de réduction des inégalités et des stratégies visant le développement des communautés. « Favoriser une alimentation suffisante et équilibrée » constitue un axe d'intervention important énoncé sous la première stratégie proposée dans cette politique, qui est de « favoriser le renforcement du potentiel des personnes ».

---

3. Les effets de l'alimentation sur la santé, la croissance et le développement intellectuel des jeunes

3.1 L'influence de l'alimentation sur la santé, le bien-être et la croissance des enfants et des adolescents

Toute la période de croissance qui caractérise l'enfance et l'adolescence est intimement liée à la qualité de l'alimentation (Koletzko et autres, 1998). La poussée de croissance particulière à l'adolescence est accompagnée de changements hormonaux, cognitifs et émotionnels. Ces changements créent des besoins nutritionnels particuliers (Miller et Maropis, 1998). Outre les liens déjà exposés, dans la section précédente, entre l'alimentation et la santé, certains effets particuliers de la nutrition sur le développement physique et cognitif sont propres à l'enfance et à l'adolescence. Heureusement, nos données statistiques sur la santé ne rapportent plus de cas de déficience protéino-calorique, qui a les plus lourdes conséquences sur la croissance et qui est due à une sous-nutrition chronique.

On oublie souvent que des mesures alimentaires législatives contribuent à la faible incidence de problèmes graves de développement physique et cognitif. Le meilleur exemple en est l'éradication du rachitisme chez les enfants par l'ajout de la vitamine D au lait; de même, de graves problèmes d'anémie ont été réduits par l'ajout de fer à la farine et à certaines céréales. Ainsi, les problèmes qui persistent actuellement sont largement dus à une consommation insuffisante de certaines catégories d'aliments ainsi qu'à des déséquilibres alimentaires qui n'assurent pas la présence adéquate des aliments nutritifs pouvant répondre aux besoins de tous.

Parmi les préoccupations persistantes, mentionnons, malgré les mesures énoncées plus haut, l'anémie ferriprive (reliée à une insuffisance de fer) qui cause, outre la fatigue excessive, des problèmes de développement cognitif (The American Dietetic Association, 1999). Les besoins en fer sont accrus durant l'adolescence à cause de l'augmentation de la masse musculaire, de celle du volume sanguin et de celle de la concentration de l'hémoglobine. Le calcium est important

dans la formation osseuse et dentaire. Les personnes qui ont une quantité adéquate de calcium au cours de l'enfance, de l'adolescence et au début de la période adulte risquent moins de souffrir d'ostéoporose.

Les demandes plus élevées d'énergie, durant la période de croissance rapide, nécessitent une alimentation plus riche en thiamine et en riboflavine afin de mieux libérer l'énergie des sources glucidiques. Également, les vitamines A, C et E sont nécessaires au maintien de nouvelles cellules.

Ainsi, les choix alimentaires sont importants pour assurer une densité nutritionnelle optimale, c'est-à-dire le maximum d'aliments nutritifs dans une quantité suffisante de calories. Car un problème naissant observé chez les enfants et les adolescents, comme dans la population adulte, est l'obésité liée, entre autres éléments, à un surplus de calories. On a décelé trois périodes critiques, en bas âge, pour l'apparition de l'obésité : l'âge périnatal, entre 5 et 7 ans et l'adolescence (Dietz, 1994). Les enfants obèses risquent plus que les autres d'être des adultes obèses (Guo et autres, 1994), ce qui augmente aussi leurs risques de maladie cardiovasculaire, d'hypertension, de diabète, d'arthrite et de cancer (Prentice, 1997; Péi-Sunye, 1991). Les enfants qui montrent un excès de poids font également face au stress psychologique et à une faible estime de soi. L'obésité ne serait pas sans lien avec la famille. Des études ont en effet démontré que la prévalence de l'obésité est de deux à huit fois plus élevée au sein des familles où il y a des obèses que dans la population en général (Lee, Reed et Price, 1997; Whittaker et autres, 1997).

L'attention qu'il faut prêter à ce problème ne doit cependant pas éclipser les autres désordres nutritionnels qui affectent sérieusement la santé mentale et physique des jeunes. L'anorexie nerveuse, la boulimie, les vomissements provoqués, l'abus de laxatifs – comportements beaucoup plus fréquents chez les filles que chez les garçons et qui se manifestent aussi tôt qu'à l'âge de 9 ans –, entraînent de graves déséquilibres alimentaires qui affectent la croissance (Meredith et Proyer, 1991).

Les effets du petit déjeuner sur la qualité de l'alimentation méritent d'être examinés de façon particulière.

Des études menées dans divers pays indiquent les avantages nutritionnels du petit déjeuner (Kennedy et Davis, 1998; Ortega et autres, 1998; Ruxton et Kirk, 1997). Les personnes qui déjeunent, à la maison ou à l'école, améliorent leurs apports en fibres, en vitamines et en minéraux; on a aussi rapporté des poids plus faibles chez ceux qui déjeunaient. Des apports plus élevés en fer sont favorisés par la consommation de céréales enrichies. Ceci est important dans certains groupes comme celui des adolescentes, qui risquent plus de souffrir d'anémie et d'avoir une déficience en fer et qui peuvent subséquemment connaître une réduction de leur efficacité cognitive.

L'étude de Bogalusa sur six cohortes d'écoliers âgés de 10 ans rapporte des observations intéressantes faites entre 1973 et 1988 (Nicklas, O'Neil et Berenson, 1998). Au cours des trois premières périodes de l'étude, la tendance des enfants à omettre le petit déjeuner était à la hausse, passant de 9 % en 1973-1976 à 16 % en 1976-1977 et à 30 % en 1978-1979. Le *Programme américain du petit déjeuner à l'école* a été implanté dans les écoles de Bogalusa en 1981-1982, et 27 % des enfants y ont participé. En 1987-1988, 47 % des écoliers déjeunaient à l'école, 40 % à la maison et 13 % omettaient le petit déjeuner. Puisque du lait et un fruit sont offerts dans le déjeuner à l'école, une consommation quotidienne plus élevée de ces deux aliments est observée chez les enfants qui participent au programme en comparaison avec les autres.

L'étude des résultats des diverses périodes démontre que le petit déjeuner influence beaucoup les apports nutritionnels d'une journée. Ainsi, comparativement aux enfants qui déjeunent, ceux qui omettent de le faire sont plus nombreux à ne pas atteindre les deux tiers des quantités recommandées de vitamines A, B_6 et D, de calcium, de magnésium, de zinc et de fer. Des études européennes (Preziosi et autres, 1999; Ortega et autres, 1998; Ruxton et Kirk, 1997) confirment la contribution du déjeuner à la qualité de l'alimentation de la journée. À l'instar de l'étude de Bogalusa, des études britannique (Ruxton et Kirk, 1997) et française (Preziosi et autres, 1999) ont également relevé l'effet positif des céréales à déjeuner sur les apports en divers minéraux et vitamines ainsi que sur une plus grande consommation de lait.

On a aussi observé que l'introduction du *Programme américain du petit déjeuner à l'école* a renversé la hausse de l'omission du petit déjeuner qui était observable auparavant. Sur ce point cependant, d'autres études rapportent des contradictions quant à l'influence du programme sur la probabilité que les enfants déjeunent. En effet, l'étude *School Nutrition Dietary Assessment* ne montre pas cette influence à l'échelle nationale, rapportant que la proportion des enfants qui déjeunent reste la même avec ou sans le programme, soit 87 % (Burghardt, Gordon et Fraler, 1995). Selon cette étude, plusieurs caractéristiques personnelles et familiales telles que l'âge, le sexe et le revenu sont liées à la participation au programme de déjeuner. On ajoute aussi l'éloignement de l'école, le peu de temps alloué au repas et l'habitude de l'enfant de ne pas déjeuner. Mais plusieurs données démontrent que le fait de ne pas déjeuner ou de prendre un repas inadéquat le matin entraîne des insuffisances nutritionnelles qui peuvent rarement être compensées aux autres repas.

3.2 L'influence de l'alimentation sur le développement intellectuel et cognitif des jeunes

La malnutrition, entendue comme déséquilibre alimentaire ou insuffisance alimentaire, diminue la capacité d'apprentissage (World Health Organization, 1998). Des études menées dans plusieurs pays le démontrent : le rendement scolaire et les

capacités mentales sont beaucoup plus élevés chez les élèves ayant un bon état nutritionnel que chez ceux qui ont un pauvre état nutritionnel. La sous-alimentation affecte la capacité de se concentrer et d'apprendre en plus d'entraîner l'absentéisme.

En ce qui concerne l'influence du petit déjeuner, on a rapporté un rendement scolaire plus faible chez les élèves venant de milieux défavorisés de Montréal, qui ne déjeunent pas (Houde-Nadeau, 1995).

Plusieurs études ont montré que les enfants qui déjeunent ont un meilleur rendement cognitif, particulièrement dans les fonctions faisant appel à la mémoire, que ceux qui ont jeûné depuis la veille. L'omission du déjeuner interfère davantage avec les capacités d'apprentissage et de mémorisation chez les enfants mal nourris que chez ceux qui sont bien nourris. Pollitt et Matthews (1998) mentionnent deux mécanismes biologiques possibles par lesquels le déjeuner peut affecter les fonctions cérébrales et le rendement à des tests cognitifs. L'un implique des changements métaboliques dus à un jeûne prolongé de plusieurs heures pour maintenir la disponibilité d'énergie et l'apport d'autres nutriments au système nerveux central. L'autre implique des changements positifs à long terme que le déjeuner peut entraîner sur l'état nutritionnel, lequel à son tour affecte le rendement cognitif.

Les besoins en énergie du cerveau, contrairement à d'autres organes, sont comblés presque exclusivement par le glucose en présence d'oxygène. Des études ont rapporté une amélioration de la mémoire chez les personnes âgées et chez les jeunes adultes par la consommation de boissons à base de glucose (Benton et Pearl, 1998). Ces boissons améliorent aussi la capacité de concentration, tant chez les adultes que chez les enfants. Omettre le petit déjeuner ne semble pas affecter le rendement intellectuel, mais la consommation du déjeuner a été associée à l'amélioration de la mémoire. On a également observé que des éléments autres que le glucose, tels que la composition, la valeur énergétique et l'heure de la consommation du repas, influencent aussi la fonction cognitive du cerveau.

Dans une récente revue de travaux portant sur les effets du petit déjeuner, Pollitt et Matthews (1998) mentionnent trois études dans lesquelles la participation des écoles à un programme de déjeuner diminuait l'absentéisme des élèves. Il se peut que ce facteur, indépendamment du déjeuner, influence le rendement scolaire à long terme puisqu'il expose l'enfant à de plus longues périodes d'enseignement. Les auteurs observent toutefois que toutes les études publiées ne convergent pas vers ces mêmes résultats.

L'ensemble des analyses indique néanmoins que, si l'on n'a pas démontré hors de tout doute que le déjeuner agit directement sur le rendement scolaire, il y contribue très fortement par l'amélioration de la qualité nutritive du régime alimentaire et de l'état nutritionnel des jeunes comme nous l'avons mentionné dans la section précédente.

Les quantités d'aliments des diverses catégories recommandées suffisent pour que les nutriments jouent bien leur rôle dans le développement physique et intellectuel ainsi que dans le bien-être des enfants et des adolescents du Québec (Santé Canada, 1997). Le défi est de favoriser la consommation de ces aliments par les jeunes.

4. Les facteurs qui influencent les choix alimentaires et l'état nutritionnel des jeunes

Les facteurs d'influence des choix alimentaires et de l'état nutritionnel des jeunes se regroupent sous les sphères de la famille, des pairs et des médias. Pour être efficaces, les interventions axées sur la promotion d'une saine alimentation doivent tenir compte de chacun d'eux.

4.1 Les préférences alimentaires

Les préférences alimentaires sont déterminantes dans les choix alimentaires; il est démontré – et important de se rappeler – que non seulement les préférences alimentaires s'acquièrent très tôt dans la vie, mais qu'elles sont apprises par le contact répété avec les aliments. Des chercheurs ont établi qu'un minimum de huit à dix expositions à un aliment amènent graduellement les enfants à développer un goût pour cet aliment (Birch et Marlene, 1988). On parle ici non pas de voir ou de sentir un aliment, mais de le goûter et de le manger de diverses manières, de sorte que l'expérience façonne les préférences alimentaires (Birch, 1987). De là l'encouragement à donner aux parents et aux adultes qui ont la garde d'enfants pour qu'ils persévèrent à offrir une variété d'aliments et de préparations culinaires aux enfants.

4.2 Le respect de l'autorégulation des enfants

Les jeunes enfants peuvent ajuster leur repas en fonction de la densité énergétique des aliments qui le composent, c'est-à-dire qu'ils peuvent ajuster leur consommation alimentaire au cours de repas successifs de sorte qu'ils régularisent leur apport énergétique dans une période de vingt-quatre heures (Birch et autres, 1991). Cependant, les pratiques adoptées par les adultes pour alimenter les enfants vont influencer cette autorégulation. Lorsque les parents exercent un contrôle sur la quantité des aliments ou obligent les enfants à tout manger plutôt que leur permettre de répondre à leurs indicateurs internes de satiété, la capacité des enfants de régulariser la densité énergétique de leur repas est en effet réduite. On devine les effets de telles attitudes, par exemple, sur les comportements alimentaires des jeunes filles à l'adolescence. C'est pourquoi certains préconisent un

partage des responsabilités entre les parents et les enfants : les parents sont responsables d'offrir à leurs enfants une variété d'aliments sains, présentés de diverses manières; les enfants sont responsables de la quantité d'aliments qu'ils mangent (The American Dietetic Association, 1999).

4.3 Les attitudes, les connaissances et les perceptions

Trois facteurs, les attitudes, les connaissances et les perceptions, ont été parmi les premiers objets d'influence mis en cause dans les études sur les comportements alimentaires (Eppright, 1965). Ainsi, depuis longtemps et encore aujourd'hui, on présume que si l'on transmet des connaissances en nutrition et si l'on réussit à changer certaines attitudes envers les aliments, les personnes adopteront de bons comportements alimentaires. Plusieurs études ont été menées sur ces hypothèses et n'ont pas démontré de lien direct entre les connaissances ou les attitudes et les comportements alimentaires (Schwartz, 1975). Les anthropologues sont par ailleurs intervenus dans le cours de ces études pour y introduire l'importance de facteurs culturels comme l'ethnicité, la religion et la famille, qui façonnent les valeurs et les perceptions liées à l'alimentation (Pelto, 1981). Ces facteurs culturels seront souvent reliés à l'environnement social, particulièrement dans le cas des jeunes. Au cours d'une expérimentation d'approche dans des écoles multiethniques du quartier Saint-Michel de Montréal, les réponses à une question posée aux enfants de cinquième année sur leurs mets favoris convergeaient toutes vers les mêmes aliments, soit les spaghetti, la pizza, le bœuf haché et les frites, entre autres (Simard, Bertrand et Mavrikakis, 1993). Plusieurs auteurs ont ainsi remarqué l'adoption rapide par les jeunes des habitudes alimentaires du pays où leurs parents les ont amenés.

4.4 L'influence des pairs

Accolée à l'environnement social, mais tout de même distincte parce qu'elle est habituellement restreinte à un petit groupe d'appartenance – amis, école, mode adolescente, idole du moment –, l'influence des pairs est le facteur qui définit ce qui est socialement acceptable. Les jeunes, enfants et adolescents, recherchent l'approbation de leurs pairs même dans leurs choix alimentaires (Miller et Maropis, 1998). En sont-ils conscients? Tout à fait, et c'est admis depuis longtemps, si l'on se rapporte à une étude menée auprès d'adolescents au début des années 1960; les adolescents interrogés reconnaissaient subir l'influence de leur groupe, même s'ils ajoutaient également qu'ils mangeraient mieux si les parents donnaient un meilleur exemple (Spindler et Acker, 1963). Dans cette analyse d'influence, il est impératif de souligner le peu d'importance accordée par les jeunes au plaisir de manger ou à la valeur nutritive de leurs choix. Ce qui compte, c'est d'être populaire; plusieurs se disent : « Je veux être le type de personne que les autres aiment. » C'est dans cet

ordre d'idées également que Spindler et Acker (1963) ainsi que plusieurs auteurs par la suite (dont Brook et Tepper, 1997; McElroy et Taylor, 1966) rapportent que cette obsession de plaire, d'être populaire, se traduit chez les filles par une image corporelle idéalisée et par des comportements alimentaires restrictifs.

4.5 La publicité et les médias

Il a été démontré que chez des enfants âgés de 3 à 8 ans, il y a un lien important entre, d'une part, le nombre d'heures passées chaque semaine devant le téléviseur (évalué à 17 chez les enfants de 3 à 5 ans et à 25 chez ceux de 6 à 8 ans) et, d'autre part, les demandes des enfants, l'achat par les parents d'aliments annoncés à la télévision et la consommation des enfants en calories. Les aliments demandés par les enfants correspondent à la fréquence des messages publicitaires qu'ils voient à la télévision sur ces aliments (Taras et autres, 1989). Curieusement, cette influence n'a pas été établie chez les mêmes enfants pour l'achat d'articles de sport.

Tous les publicitaires connaissent le marché que constituent les enfants et les adolescents ainsi que le besoin de popularité des jeunes. On estime qu'un jeune typique est exposé à quelque 100 000 messages publicitaires télévisés portant sur les aliments pendant toute la période de son adolescence. Des chercheurs ont observé que la majorité des commerciaux sur les aliments montrent des jeunes gens en santé, beaux et athlétiques, ayant du plaisir autour d'aliments caloriques et peu nutritifs, de boissons gazeuses ou de bières. Les images ne font que renforcer le message contradictoire de ces publicités : des personnes attrayantes et minces mangeant de la manière qui mène tout droit à l'obésité (Miller et Maropis, 1998).

Au Québec, les principaux annonceurs intéressés par le marché des jeunes vendent du *junk food* (Bouchard, 1999). Si nous ne devons pas nous surprendre de l'intérêt des entreprises à s'introduire dans les écoles et les universités – par exemple Pepsi Cola et Coca Cola dans les universités en 1999 ainsi que Kellogg, dans les écoles élémentaires, en janvier 2000 –, nous disposons cependant de données suffisantes sur les conséquences qu'entraînent les choix alimentaires inappropriés sur les coûts de santé; il nous est alors possible d'évaluer la pertinence de partenariats financiers entre les secteurs public et privé, et celle de leurs objectifs respectifs, dans une perspective de coûts globaux pour la société.

4.6 Le savoir-faire et les habiletés

Peu est écrit sur le sujet, mais tous l'observent : on assiste à une perte graduelle et insidieuse des habiletés culinaires. À la suite d'un appel de projets pour des mesures liées à la sécurité alimentaire dans la région de Montréal, tous les responsables d'organismes ont souligné le manque de savoir-faire dans la préparation d'aliments sains, savoureux et économiques. On a supprimé du programme scolaire le peu de temps consacré à l'éducation en nutrition ainsi que le cours

d'économie familiale. Avec le désinvestissement dans la préparation des repas, il n'y a plus de transmission d'habiletés dans la famille (Les Partenaires pour le développement de la sécurité alimentaire, 2000). C'est donc l'ensemble de la société qui est en train de développer une dépendance à l'égard de l'industrie de l'alimentation. La garderie qui fournit le dîner et souvent le petit déjeuner, les mets préparés ou congelés pour l'enfant de l'école primaire et pour les travailleurs qui ont accès au four à micro-ondes, la cafétéria de l'école pour les élèves du secondaire, les établissements de restauration rapide pour les soirs de fatigue ou d'activités spéciales, voilà des services accessibles à toutes les classes de personnes. Et pour les repas qui sont consommés à la maison, tant les supermarchés que les magasins spécialisés regorgent de mets préparés à coût et de qualité nutritive variables.

Or, comment encourager la consommation de fruits et légumes variés si les personnes ne savent pas les apprêter? Comment convaincre les personnes du plaisir de bien manger si elles croient que c'est compliqué et long? Car, s'il est vrai que les adultes n'ont plus autant de temps qu'en 1950 pour préparer les repas de leur famille, on a trop répété que maintenant le manque de temps ne nous permet plus de bien manger sans avoir recours aux préparations commerciales. C'est là le cheminement non seulement vers l'incompétence culinaire mais vers le manque total de contrôle sur son alimentation.

C'est ainsi qu'avec les découvertes de nouveaux nutriments ou de nouveaux rôles des éléments nutritifs dans la santé, l'industrie pharmaceutique et l'industrie alimentaire ont tout le pouvoir d'élaborer et de promouvoir des substituts d'aliments ou des aliments enrichis qui permettront aux personnes de se faire prendre en charge et de poursuivre cette perte de contrôle sur ce qu'elles mangent. Le gouvernement ne peut que réglementer, à la pièce, les divers aspects de l'information, tels que l'étiquetage nutritionnel, ou de la valeur nutritive des aliments vendus, tels que l'enrichissement des aliments. Il ne peut toutefois pas réglementer les choix de la société; seule l'éducation peut influencer ces choix et sensibiliser les personnes à exercer leur contrôle.

4.7 Le revenu de la famille

Les pressions des facteurs que nous avons vus précédemment sont très fortes sur la qualité de l'alimentation des enfants et des adolescents. Lorsqu'en plus elles s'exercent dans un contexte de pauvreté, elles peuvent provoquer des effets dramatiques sur l'état de santé physique, mental et intellectuel des jeunes personnes (World Health Organization, 1998). L'insécurité alimentaire qu'entraîne le faible revenu a trait non seulement à l'insuffisance ou au manque d'aliments, mais aussi à la peur de manquer d'aliments. Les conséquences sur une population vulnérable comme les jeunes deviennent ainsi une responsabilité liée aux chartes des droits déjà énoncées.

4.8 L'environnement scolaire

Qu'en est-il des mesures appliquées dans les écoles pour favoriser une meilleure alimentation des élèves? Le bruit dans les salles pendant l'heure des repas, l'absence de local adéquat, le peu de temps accordé même aux enfants de maternelle et de première année pour manger leur repas, l'absence d'équipements tels que des réfrigérateurs pour conserver les repas apportés et des fours à micro-ondes pour les réchauffer constituent des facteurs importants qui influencent la quantité et la qualité des aliments consommés à l'école. Il découle de la seule volonté des enseignants, des directeurs et des comités de parents d'en tenir compte.

Les politiques instaurées pour les services alimentaires dans certaines écoles ont pour objectif d'assurer le respect de recommandations qualitatives et quantitatives sur les aliments à servir aux enfants. Elles ont le mérite de limiter l'offre d'aliments hypercaloriques et non nutritifs et de favoriser la diversité des aliments. Cela a été démontré dans une étude comparative des choix effectués le midi, à la cafétéria, par des étudiants de trois collèges de Montréal, dont deux appliquaient une politique alimentaire. Des différences ont été observées sur la plus forte présence de frites et de pâtisseries ainsi que sur la plus faible présence de fruits et légumes dans les plateaux du collège qui n'appliquait pas de normes auprès du concessionnaire (Bertrand, 1981, 1980).

---

5. Que savons-nous des habitudes alimentaires actuelles des jeunes Québécois ?

5.1 Les habitudes alimentaires

Pour la première fois au Québec, une enquête générale sociale et de santé a été menée par Santé Québec, de janvier à avril 1999, auprès de jeunes âgés de 9, 13 et 16 ans. Cette enquête a permis d'annexer une enquête sur la nutrition calquée sur celle qui avait été effectuée en 1990 dans la population adulte (Santé Québec, 1995). Dans le même échantillon d'écoles de l'enquête générale, l'enquête sur la nutrition des jeunes a permis d'interviewer 2 000 élèves de chaque âge entre 6 et 16 ans. Les résultats ne sont malheureusement pas encore publiés, mais les informations porteront sur un ensemble de comportements et d'habitudes alimentaires – comme les habitudes et la composition du déjeuner, la fréquentation d'établissements de restauration rapide ainsi que les quantités et la nature des aliments consommés; ces éléments seront analysés en fonction de caractéristiques sociales, économiques, scolaires et familiales.

Des indications nous parviennent toutefois d'études de moindre envergure ou d'enquêtes américaines. Après avoir constaté les similitudes des résultats de l'enquête québécoise de 1990 et de l'enquête américaine *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) sur la nutrition des adultes pendant la période 1988-1991, on peut retenir certaines tendances relevées sur l'alimentation des enfants américains (U.S. Department of Health and Human Services, 1994). Quelques faits se rapprochent d'ailleurs des observations rapportées sur l'alimentation des adultes québécois entre 1971 et 1990 (Santé Québec, 1995). Ainsi, entre 1977 et 1994, la consommation de lait a diminué de 24 % chez les garçons américains âgés de 6 à 11 ans et de 32 % chez les filles du même groupe d'âge. On a aussi observé des changements dans le type de lait consommé, avec une préférence accrue pour les laits moins gras. D'autres changements corroborant ceux qui sont observés dans la population québécoise adulte incluent une réduction de la consommation d'œufs, une augmentation de la consommation de volaille et la substitution de la margarine au beurre (The American Dietetic Association, 1999). On présume aisément les mêmes tendances chez les enfants québécois.

De plus, des proportions importantes de jeunes de 2 à 19 ans ne mangent pas les quantités recommandées des groupes d'aliments inscrits dans le guide alimentaire américain; on évalue à environ 70 % la proportion de cette population qui n'inclut pas, dans son régime quotidien, les quantités minimales de fruits, de produits céréaliers, de viande et de produits laitiers, et à environ 64 % celle qui ne consomme pas suffisamment de légumes (Munoz et autres, 1997).

Une autre observation intéressante se rapporte à la consommation en calories qui soit est demeurée stable, soit a légèrement diminué depuis le début des années 1970 chez les enfants américains de moins de 15 ans (U.S. Department of Health and Human Services, 1994; Nicklas et autres, 1993). Comparativement aux jeunes adultes, les sources de calories se répartissent à peu près de la même façon dans l'alimentation des enfants; par contre, les types d'aliments consommés et leur contribution aux apports en divers nutriments sont tout à fait différents. Le fer (chez les filles), le zinc et le calcium sont les nutriments pour lesquels l'insuffisance est la plus grande. Dans l'enquête québécoise sur la nutrition, l'insuffisance de calcium avait été particulièrement mise en relief, même chez les jeunes hommes; en effet, 25 % d'entre eux recevaient moins que les 800 mg recommandés en 1990.

Dans une étude montréalaise menée auprès d'enfants âgés de 9 à 12 ans, dans les écoles d'un quartier défavorisé et multiethnique, le calcium a été le seul nutriment rapporté en quantité insuffisante par rapport aux quantités recommandées, un résultat confirmant d'autres études (Johnson-Down et autres, 1997). L'étude montréalaise rapporte également un gradient à la baisse des quantités d'autres nutriments tels que le fer et l'acide folique ainsi que les vitamines A et C,

parallèle à la baisse du revenu des familles pauvres. Il s'agit là d'une autre confirmation de l'insuffisance de fruits et légumes rapportée dans d'autres études, américaines et européennes (Adamson et autres, 1992).

5.2 L'obésité

Les enquêtes nationales sur la santé des Canadiens, des Québécois ou des Américains confirment la hausse de l'obésité dans l'ensemble de ces populations. La plus récente enquête américaine, NHANES III (1988-1991), rapporte un excès de poids chez 22 % des adolescents, contre 20 % des garçons et 16 % des filles dans l'enquête précédente (NHANES II). La tendance également observée chez les enfants semble plus marquée dans les milieux défavorisés (Yip, Scarnion et Trowbridge, 1993) et elle varie avec l'origine ethnique (Troiano et autres, 1995). L'étude effectuée dans un quartier pauvre et multiethnique de Montréal, auprès d'enfants de 9 à 12 ans, a appliqué les mesures de référence de NHANES II – indice de masse corporelle (IMC) au-dessus du 85^{e} percentile – pour déterminer la prévalence et l'importance de l'excès de poids (Johnson-Down et autres, 1997). Les proportions d'enfants accusant un excès de poids sont importantes, soit 42 % des garçons et 37 % des filles. Parmi ces enfants, 22 % des garçons et 17 % des filles étaient obèses, leur IMC se situant au-dessus du 95^{e} percentile. La fréquence de l'activité physique était liée à des quantités significativement plus élevées de calories, de calcium, de fer, de zinc et de fibres. Les facteurs associés à l'excès de poids ou à l'obésité ne sont pas les mêmes pour les garçons et les filles, sauf le fait d'avoir déjà fumé et d'avoir une mère avec un IMC élevé (O'Loughlin et autres, 1998). Les autres variables associées à l'excès de poids des garçons sont la durée de résidence au Canada, les choix alimentaires et la faible pratique d'une activité physique par les mères. Celles qui se rapportent à l'excès de poids des filles sont le tabagisme chez la mère, la fréquence des jeux vidéo et l'IMC plus élevé du père. Les garçons de familles européennes ou centraméricaines ont plus tendance à l'excès de poids ou à l'obésité que les autres. C'est le cas aussi pour les filles de familles européennes ou sud-américaines.

L'enquête de Santé Québec menée auprès des jeunes fournira ce type de renseignements pour l'ensemble du Québec.

5.3 La carie dentaire

Au Québec, en 1996-1997, 41 % des enfants ne présentaient aucune carie sur leur dentition permanente, alors que c'était le cas pour 27 % seulement des enfants de deuxième année du secondaire (Brodeur et autres, 1999). Même si l'étude nationale rapporte une forte diminution du nombre moyen de dents cariées depuis 1983-1984 à l'échelle du Québec, cette diminution atteignant 77 %, il y a donc encore une majorité d'enfants qui souffrent de la carie. Le lien entre

l'alimentation, particulièrement la consommation d'aliments sucrés, et la santé dentaire des enfants demeure une préoccupation malgré la réduction de consommation de sucre aussi observée dans la population québécoise (Santé Québec, 1995). Un examen des ingrédients de nombreux aliments préparés commercialement montre en effet une forte présence de sucre, souvent associée à un allègement en gras des produits. L'étude nationale met aussi en relief la plus forte prévalence de caries chez les enfants de milieux défavorisés.

6. L'approche de la nutrition en milieu scolaire

L'importance d'élaborer des programmes de nutrition en milieu scolaire s'impose d'elle-même. La présente section aborde les approches qui ont dominé les interventions implantées dans le contexte nord-américain – c'est-à-dire au Québec, au Canada et aux États-Unis –, ainsi que les objets et les effets de ces interventions.

Plusieurs modèles théoriques ont inspiré les interventions et les programmes en nutrition, notamment la théorie de l'apprentissage social, le modèle du changement par étape et le modèle du changement social. Les programmes décrits plus loin constituent plutôt un amalgame de ces modèles; aussi, l'analyse qui suit repose davantage sur l'ensemble des éléments qui constituent un programme ou une intervention que sur les modèles théoriques sous-jacents.

Les interventions ou programmes recensés sont diversifiés et peuvent aussi bien consister en un service de repas à l'école qu'en un programme éducatif intégré au programme scolaire, un programme axé sur l'obésité, un programme de supplément alimentaire pour les enfants de milieux défavorisés ou, encore, un programme fondé sur le guide alimentaire. Nous avons opté pour les programmes éducatifs et les programmes de repas à l'école, qui s'adressent à un grand nombre d'écoliers.

6.1 Les interventions et programmes mis en œuvre au Québec

Lorsqu'on répertorie les programmes officiels mis en œuvre dans les vingt ou trente dernières années à l'échelle nationale, peu de documents émanant du ministère québécois de la Santé ou d'autres instances qui lui sont associées traitent directement de la nutrition des enfants ou des adolescents. Si quelques orientations générales sont abordées dans *La politique québécoise en matière de nutrition* énoncée en 1977 (ministère des Affaires sociales, 1977), dans *La politique de la santé et du bien-être* publiée en 1992 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) et dans le rapport intitulé *Un Québec fou de ses enfants* diffusé en 1991 (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991), aucun programme ministériel énonçant des objectifs, des mesures, des lignes directrices ainsi que des ressources humaines et financières propres à la nutrition de la population d'âge scolaire n'a

été diffusé. Des campagnes de sensibilisation réunissant des compagnies privées et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont été menées sur le petit déjeuner à l'école, et des dépliants sur les lunchs à l'école ont été diffusés périodiquement. Il faut préciser que les ressources professionnelles affectées à la planification de programmes relatifs à la nutrition sont maintenues au minimum. On avait pourtant assisté, dans les années 1970 et 1980, à une certaine effervescence dans les efforts déployés autour d'initiatives en nutrition dans le milieu scolaire, efforts qui coïncident avec la mise en place des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des départements de santé communautaire (DSC).

Il est également important de noter que, dans le secteur de l'éducation, les instances ministérielles n'ont pas démontré d'intérêt particulier pour la nutrition, laissant aux instances locales l'adoption de diverses orientations. Ainsi, des politiques alimentaires ont été mises en œuvre dans certaines commissions scolaires du Québec, à partir des années 1960, pour l'administration des cafétérias des écoles secondaires, pour du soutien à l'éducation en nutrition et pour la planification de mesures alimentaires spéciales pour les élèves de milieux défavorisés (Bureau de la nutrition, Commission des écoles catholiques de Montréal – CECM). Il est déplorable qu'on ne dispose d'aucune véritable évaluation de ces programmes. Il est également regrettable de constater le déclin de ces mesures depuis les années 1990.

Le survol des mesures ayant eu cours à l'échelle du Québec à l'endroit des jeunes permet de souligner trois initiatives importantes instiguées avant 1990 – le *Programme de la Fédération des producteurs de lait du Québec*, le *Programme de distribution de lait dans les écoles* et les voies d'action pour le milieu scolaire énoncées en 1988 – ainsi que des projets plus récents.

6.1.1 Avant les années 1990

Le Programme de la Fédération des producteurs de lait du Québec

Programme novateur instauré au milieu des années 1970, le *Programme de la Fédération des producteurs de lait du Québec* a été conçu à la suite de la mise en place d'un service de nutrition au sein de ce regroupement de producteurs. Sans doute basé sur le souhait de maintenir la consommation de lait dans la population québécoise, le programme n'en aborde pas moins l'ensemble des éléments liés à l'alimentation par une approche éducative globale. Élaboré et implanté de façon graduelle, ce programme s'adresse à tous les cycles du niveau primaire, de la maternelle à la sixième année; des pochettes contenant du matériel éducatif sont fournies aux enseignants. Ces derniers y trouvent des renseignements sur la nutrition et des explications détaillées des activités qui leur sont suggérées. Au début du programme, les enseignants devaient participer à une journée de formation

avant de recevoir la pochette. Le programme compte sur l'adhésion volontaire des intervenants ciblés dans son processus d'implantation, c'est-à-dire les infirmières des écoles, les enseignants, les nutritionnistes des commissions scolaires ou de santé publique, etc. Plusieurs principes appliqués dans la planification ainsi que dans l'élaboration et dans l'implantation de ce programme rejoignent les orientations privilégiées pour assurer le succès des actions menées dans les écoles. Les procédures suivantes en témoignent : partenariat de base entre le secteur privé, le ministère de l'Éducation, les commissions scolaires et le ministère de la Santé et des Services sociaux, incluant le réseau de la santé publique; révision périodique des objectifs et des activités; production d'outils pour les enseignants et participation des parents.

Depuis plusieurs années déjà, le programme n'est plus appliqué de cette manière. On a mis beaucoup d'efforts dans l'application de ces principes au cours des années 1970 et 1980 mais peu dans l'évaluation des effets. Une seule évaluation a été menée sur le processus d'implantation d'un tel programme; cette évaluation fournissait pourtant des indications intéressantes pour la poursuite du programme. La Fédération des producteurs de lait du Québec continue néanmoins de fournir du matériel révisé aux intervenants qui lui en font la demande. Il faut souligner que l'existence de ce type de programme, peu importe sa qualité, dépend des priorités des divers acteurs en cause, priorités qui peuvent varier d'une année à l'autre.

Le Programme de distribution de lait dans les écoles

Le *Programme de distribution de lait dans les écoles* a été appuyé par le ministère de l'Agriculture afin de favoriser la consommation de lait par les enfants et de créer une habitude qu'ils maintiendront à l'âge adulte. Aucun document n'explique les raisons de la cessation du programme. Les médias ont toutefois rapporté quelques éléments tels que les commentaires d'enseignants qui considéraient ce programme dérangeant dans leurs classes, les pressions de diverses personnes préoccupées par les allergies ou d'autres problèmes ainsi que les réductions budgétaires imposées aux programmes gouvernementaux. Toutefois, des instances publiques comme le Conseil scolaire de l'île de Montréal ont continué à assurer la distribution de lait dans des écoles ciblées.

L'alimentation au Québec : Voies d'action pour le milieu scolaire

Une démarche structurée a été amorcée, en 1988, par un comité interministériel provincial auquel étaient liés le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Agriculture et le ministère de l'Éducation afin de proposer aux commissions scolaires l'implantation d'une politique alimentaire. Trois voies d'action

donnaient forme à la proposition : des activités éducatives auprès des élèves favorisant l'acquisition de connaissances, d'habiletés et d'attitudes à l'égard de la saine alimentation ; des services alimentaires permettant une saine alimentation à l'école ainsi que des incitatifs à la consommation de menus nutritifs. Même si elle provenait d'une instance interministérielle, la démarche ne pouvait être imposée aux commissions scolaires ou aux écoles. Une évaluation par étude de cas a été réalisée en 1992 relativement à l'implantation des divers éléments inscrits dans le guide initial (Therrien, 1993). Aucune indication n'est donnée sur le nombre de commissions scolaires ayant adhéré à la démarche. Les résultats font uniquement état des mesures qui ont été mises en œuvre parmi celles qui étaient suggérées. Le rapport soulève toutefois l'absence de ressources financières et humaines pour accompagner la démarche, le manque de détermination des trois ministères et le manque de suivi. À l'heure actuelle, aucun des ministères engagés initialement dans ce projet n'en assure le suivi.

6.1.2 Depuis les années 1990

Alors que, jusqu'aux années 1990, le Conseil scolaire de l'île de Montréal (CSIM) s'occupait des programmes d'alimentation dans les écoles, ceux-ci sont maintenant laissés à la responsabilité des commissions scolaires. Quelques-unes appliquent une certaine politique alimentaire, du moins sur l'île de Montréal. Les programmes sont aujourd'hui diversifiés tant dans leur financement et leur mode d'administration que dans leurs objectifs (information obtenue au cours de rencontres avec des diététistes à l'emploi de commissions scolaires). Des diététistes assurent cependant toujours une sauvegarde des principes d'accès à des services d'aliments nutritifs et, dans certaines commissions scolaires, des initiatives éducatives sont offertes. Toutefois, aucun programme formel n'est proposé.

Les deux premières interventions présentées ici se rapportent à des services d'aliments ; il s'agit le plus souvent d'initiatives ponctuelles, qui relèvent de la motivation de quelques personnes seulement. Les deux autres sont intégrées dans une approche communautaire.

Un programme : Mesure alimentaire, ministère de l'Éducation

La mesure alimentaire a été introduite en 1991 à la suite d'une pression exercée sur le ministère de l'Éducation par le Conseil scolaire de l'île de Montréal – lui-même interpellé par les enseignants, les directeurs d'écoles et d'autres acteurs du milieu scolaire –, pour assurer une meilleure alimentation aux enfants pauvres ; ces derniers étaient de plus en plus nombreux à se présenter à l'école sans avoir déjeuné, et sans boîte à lunch. Ainsi, quelque quatre millions de dollars soutiennent la distribution de petits déjeuners et de repas chauds dans les écoles primaires et

secondaires de milieux défavorisés de la région de Montréal (Les Partenaires pour le développement de la sécurité alimentaire, 1999). Les organismes communautaires voient localement à l'application de cette mesure. La mesure préconise aussi des activités et des ateliers d'éducation populaire en alimentation à l'intention des familles. Cependant, aucun budget ni aucun guide d'action n'accompagnent ce volet, de sorte qu'il reçoit en fait peu d'attention. Une évaluation, décrite plus loin, a toutefois pu montrer quelques résultats.

Le Club des petits déjeuners

Le *Club des petits déjeuners* est soutenu entièrement par l'entreprise privée et par des campagnes de financement. Le financement de petits déjeuners, incluant celui des équipements nécessaires, est offert aux écoles intéressées de toutes les régions du Québec. Plus de cinquante écoles font partie du club, sous la direction locale d'une variété d'organisations communautaires, municipales, scolaires ou privées. Il en coûte 0,50 $ par déjeuner aux enfants qui bénéficient de la formule, sans autre exigence. Les bénévoles qui préparent les repas reçoivent une formation minimale, mais le contenu des repas n'est soumis à aucune surveillance quant à la qualité nutritionnelle. Le projet ne comporte pas de démarche évaluative; toutefois, des intervenants engagés dans ce service ont dit, à l'occasion d'un atelier tenu à Montréal en mai 2000, observer une amélioration des comportements des enfants à l'école, allant jusqu'à la réduction de la violence (Le Club des petits déjeuners, à paraître).

La Cuisine des enfants, école Jeanne-Leber, Pointe Saint-Charles

L'organisme *Les cuisines des parents*, en charge de la mesure alimentaire du ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) dans les écoles de Pointe Saint-Charles à Montréal, a voulu donner un virage à sa fonction de nourrir les enfants qui arrivent à l'école le ventre vide, en travaillant au développement de la culture alimentaire des enfants et en les faisant participer à la préparation de leurs repas. On a donc mis sur pied des ateliers portant sur la cuisine et la nutrition pour initier les enfants à la cuisine et à la saine alimentation. C'est dans l'école que l'organisme opère, d'où le lien très fort entre les intervenants communautaires, les parents, la direction de l'école, les enfants et les enseignants. On y intègre des interventions qui renforcent l'estime de soi, le travail d'équipe, l'expression, les apprentissages scolaires, l'efficacité personnelle et le plaisir (Les Partenaires pour le développement de la sécurité alimentaire, 2000, 1999). Une autre activité a été créée au cours de l'été 1999, le *Club des petits jardiniers*, où les enfants et leur famille cultivent une parcelle de terrain aménagée à l'arrière de l'école. Ce projet simple et peu coûteux permet un apprentissage actif important. Les adultes, avec les enfants, apprennent les

méthodes et les conditions de culture de petits fruits et de légumes; ils apprennent le goût d'un aliment fraîchement cueilli et la fierté de l'avoir produit; ils s'échangent les modes de conservation et de préparation. De plus, des jardiniers participant à une initiative dans un quartier voisin ont apporté à la fois leurs semences et leur compétence dans l'aménagement initial du jardin.

Expérimentation d'une approche : Mon système digestif et celui de mon quartier, une approche participative avec des écoliers d'un milieu populaire – Saint-Michel

Des enfants de cinquième année qui évaluent leur environnement alimentaire, qui analysent la qualité des aliments les plus faciles à trouver dans les commerces de leur quartier, qui critiquent les emballages exagérés et nocifs pour l'environnement, qui revendiquent des marchés urbains de produits frais, à prix raisonnable, à l'échelle de leur quartier, cela s'est vu par l'engagement des écoles élémentaires dans *Vivre Saint-Michel-en-Santé*. Pendant l'organisation d'un forum des citoyens de Saint-Michel, quartier du nord-est de Montréal, un projet a été proposé au comité promoteur et aux directeurs de cinq écoles du quartier pour donner la parole aux enfants (Simard, Bertrand et Mavrikakis, 1993). Le projet, intégré aux activités parascolaires, et les représentations faites par les enfants sur les actions à mener pour avoir un quartier en santé ont donné lieu à un long processus de mise sur pied d'un marché public communautaire, où les résidents du quartier ont accès, en saison, aux produits frais. La sensibilisation à l'importance de manger plus de fruits et légumes s'est faite par un jugement critique des enfants sur leur accès à de tels aliments.

Des outils

S'il n'y a pas de programme-cadre en nutrition pour les jeunes, d'excellents outils sont néanmoins offerts à qui veut proposer des activités permettant de transmettre des renseignements crédibles. Comme on l'a mentionné, la Fédération des producteurs de lait du Québec continue d'offrir annuellement, aux commissions scolaires et aux CLSC, du matériel d'éducation sur la nutrition mis à jour et adapté à chacun des cycles du primaire.

Santé Canada a publié une brochure d'information sur l'alimentation des enfants de 6 à 12 ans, à l'intention des éducateurs et des communicateurs (Santé Canada, 1997). On y donne des renseignements simples et on y propose des activités pour amener l'enfant à réfléchir sur les motifs qui le portent à préférer certains aliments, à réaliser l'influence qu'il exerce sur les choix de ses parents, à se sentir bien dans sa peau, à apprécier une plus grande variété d'aliments, à utiliser l'information qu'on trouve sur les étiquettes des aliments et à acquérir des habiletés culinaires.

Pour les adolescents, un manuel d'information, qui est aussi un guide d'activités, a été publié sur l'initiative personnelle d'une professionnelle de la nutrition (Lamirande, 1998). Le document, basé sur une approche pédagogique, aborde les principales préoccupations des acteurs du milieu scolaire et des adolescents relativement à l'alimentation : l'influence des médias et de la publicité, l'insuffisance de calcium et de fer, l'insuffisance de fruits et légumes, l'image corporelle, etc.

6.2 Les interventions et programmes évalués

On ne peut porter de conclusions sur les effets d'un programme à partir d'observations empiriques – par exemple, la satisfaction des personnes à l'égard d'une activité ou l'amélioration d'un comportement notée par un enseignant –, à moins que ces observations ne fassent consensus dans un groupe important et diversifié de personnes à l'égard d'un même objet de ce programme. D'où l'accent mis sur les évaluations qui ont été publiées et qui sont fondées sur une méthode précise.

6.2.1 Au Québec et au Canada

Au Québec et au Canada, on déplore l'absence d'évaluation des programmes de grande envergure (McIntyre et Doyle, 1992). La seule évaluation connue porte sur un programme québécois de mesures alimentaires en milieu défavorisé ; cette évaluation a été commandée par le Conseil scolaire de l'île de Montréal (Houde-Nadeau, 1995). Le programme consiste en subventions versées par le ministère de l'Éducation et par le Conseil scolaire soit aux commissions scolaires pour les collations servies en avant-midi, soit aux organismes communautaires ou aux commissions scolaires pour les lunchs servis dans les écoles défavorisées de Montréal. Le plan visait initialement deux objectifs : améliorer l'alimentation des enfants présentant des besoins réels et, à moyen terme, fournir un soutien éducatif aux familles. Ce dernier aspect ne s'est jamais traduit par un cadre de référence. L'étude évaluative servait à mesurer l'effet du programme sur l'amélioration des apports nutritifs ainsi que sur le rendement cognitif et les comportements d'apprentissage des écoliers participants. Elle a été menée en deux étapes – soit en 1991, juste avant l'implantation du programme, et deux ans après, en 1993 –, auprès d'écoliers de troisième année et de cinquième année des dix écoles les plus défavorisées de Montréal. Les apports moyens en fer, en vitamine C et en folacine avaient augmenté chez les écoliers de troisième année, après l'implantation des mesures alimentaires. De plus, la proportion d'enfants susceptibles d'avoir une insuffisance en folacine et en fer avait diminué fortement au moment de la deuxième observation. Il a été noté toutefois que les lunchs consommés dans le cadre du programme renfermaient moins du tiers des quantités recommandées pour l'énergie, la vitamine A, le calcium et le zinc. Il faut préciser que le contenu des lunchs n'est pas réglementé

par le programme et n'est donc soumis à aucune surveillance nutritionnelle. On a constaté, chez les participants au programme, une amélioration du rendement scolaire aux examens de langue maternelle et de mathématiques; il s'agit plus précisément de l'évolution de la classification des écoliers faibles au départ vers les catégories plus performantes. Enfin, l'étude a rapporté un taux élevé de satisfaction à l'égard des repas et du programme, tant chez les écoliers que chez les parents. À la suite de cette recherche, le CSIM a réitéré son engagement envers les milieux défavorisés.

À l'échelle canadienne, il n'y a pas de programme législatif de nutrition destiné aux écoliers puisque l'éducation relève de la juridiction des provinces. Il ne faut donc pas se surprendre de l'absence d'évaluation des programmes qui sont appliqués à l'échelle nationale. Une recherche récente a toutefois été menée sur un aspect très rarement touché par les experts en nutrition, soit les effets sociaux des programmes de nutrition (Hay, 2000); cette étude pose notamment la question suivante : les programmes d'alimentation à l'école sont-ils un élément de politique sociale pour les enfants pauvres? Par une revue des programmes, mis en place à divers endroits au Canada, qui consistent principalement en repas servis gratuitement aux enfants et par des entrevues menées auprès d'informateurs clés, l'auteur conclut que ces programmes ne touchent qu'à un symptôme lié à un ou à plusieurs problèmes, soit la faim. Offerts de cette manière, les programmes implantés à l'école n'engagent pas la communauté. L'action n'est donc qu'un service, et non une occasion de renforcer les capacités des familles pauvres.

6.2.2 Aux États-Unis

Aux États-Unis, des programmes d'envergure ont été implantés à la suite de décisions législatives, principalement sous l'impulsion des secteurs de la santé et de l'agriculture, ou lancés par de grands organismes de santé voués à des problèmes particuliers, par exemple le National Health, Blood and Lung Institute. Lorsque le secteur de l'éducation participe à de tels programmes de nutrition, ces derniers relèvent des États ou des commissions scolaires.

Le Programme américain du petit déjeuner à l'école

Le *Programme américain du petit déjeuner à l'école* relève du département américain de l'Agriculture (Kennedy et Davis, 1998). Créé en 1966 comme projet pilote, il est devenu permanent en 1975. Depuis ce temps, le programme est offert à toutes les écoles qui en manifestent le besoin dans le but d'améliorer le bien-être des écoliers. Les subventions versées aux États et aux commissions scolaires sont déterminées en fonction du revenu et de la taille de la famille. Bien sûr, la participation des enfants est volontaire. Le programme impose un modèle type de repas qui doit renfermer une quantité précise de lait, de fruits et légumes, de viande, etc.

En 1995, le programme était implanté dans 64 000 écoles du pays qui servaient le déjeuner à environ 6,3 millions d'enfants.

Ce programme a été évalué de diverses façons depuis son implantation; les principales observations ont été rapportées dans une section précédente. Le nombre d'études qui s'y rattachent est suffisamment élevé pour convaincre de la contribution du programme à la qualité nutritionnelle de l'alimentation des enfants, particulièrement les enfants qui présentent un risque de mauvaise nutrition. Le nombre et la durée des évaluations sont également suffisants pour montrer les changements du profil alimentaire des enfants américains au cours des années. Les problèmes d'insuffisance observés au début du programme seraient maintenant moins inquiétants que les problèmes de déséquilibres alimentaires et d'excès indésirables. Les constats portant sur la faible adhésion des enfants et des adolescents aux recommandations alimentaires, en ce qui a trait au choix et à la quantité d'aliments, justifient encore la poursuite du programme par le gouvernement américain (Kennedy et Davis, 1998).

Le Programme national américain du lunch à l'école

À l'instar du programme du petit déjeuner, le *Programme national américain du lunch à l'école* est administré par le Département de l'Agriculture et offert dans toutes les écoles du pays. Des normes s'appliquent concernant le choix des aliments à servir et les apports en nutriments à respecter. L'évaluation des lunchs consommés par les participants au programme et de ceux que prennent les non-participants montre les effets positifs du programme (Gordon, Devaney et Burghardt, 1995). La comparaison des repas consommés par les deux groupes montre que les participants reçoivent les vitamines et les minéraux selon les quantités recommandées par le programme; les non-participants consomment moins de vitamines A et B_6, et moins de calcium, de fer et de zinc que ce qui est recommandé. Les adolescentes qui participent au programme font exception en ce qui concerne le calcium, qu'elles ne consomment pas en plus grande quantité que les non-participantes de leur âge.

Les programmes éducatifs américains

Une quantité impressionnante de recherches portant sur les programmes éducatifs de grande envergure qui ont été implantés dans les écoles américaines, à partir du milieu des années 1970, a été publiée. L'évaluation des effets de ces programmes demeure toutefois limitée (Contento, 1995). Dans une imposante revue des recherches liées à l'éducation en nutrition de divers groupes d'âge, Contento (1995) livre un ensemble d'observations sur les évaluations qui ont été effectuées auprès des écoliers américains. L'information qui suit est largement extraite de cette revue.

Deux types d'approches sous-tendent les buts énoncés dans les programmes américains de nutrition en milieu scolaire. L'une de ces approches vise à améliorer les connaissances, les habiletés et les attitudes des écoliers au regard des concepts généraux de nutrition; l'autre, amorcée dans les années 1980, vise à réduire les risques de maladie.

Programmes éducatifs basés sur l'approche globale de l'alimentation

La plupart des programmes éducatifs ayant une approche globale de l'alimentation ont été proposés par le département américain de l'Agriculture (USDA) ou par les autorités scolaires des États. Le programme *Nutrition Education and Training* (NET) est un programme législatif, donc lancé par le Congrès américain, administré par l'USDA, à l'intention des écoles élémentaires. Le programme propose aux enseignants d'apprendre aux enfants la valeur d'un régime équilibré par le repas du midi, de concevoir du matériel éducatif et de recevoir une formation; le personnel des services alimentaires pourrait participer à la conception du matériel et à la formation. Les États reçoivent les fonds et sont libres d'adapter le programme à leurs besoins. Les évaluations ne rapportent pas les mêmes résultats dans tous les États participants ni à tous les niveaux scolaires. En général, le programme a des effets positifs sur les connaissances des enfants et sur certaines attitudes, par exemple vouloir goûter de nouveaux aliments, mais peu d'effet sur les habitudes ou les préférences alimentaires.

Des programmes comme *Nutrition in a changing world* et *Food... Your Choice* ont aussi été examinés par des chercheurs à cause de leur intégration continue aux programmes, de la maternelle à la douzième année, et à cause du nombre important d'écoliers qui en bénéficient, soit de 3 000 à 5 000. La durée des sessions varie entre 3 et 10 semaines par année dans le premier cas, et entre 6 et 17 semaines par année dans le second. Des améliorations des connaissances ont été observées dans les deux programmes, mais on a relevé peu d'effet sur les comportements alimentaires. L'évaluation d'un programme auquel participaient les parents d'enfants de la maternelle à la troisième année a toutefois indiqué une meilleure alimentation des enfants non seulement immédiatement après la fin du programme, mais aussi cinq ans plus tard.

Programmes basés sur des comportements précis

Au cours des quinze dernières années, les programmes visant la prévention des maladies chroniques, en particulier les maladies cardiovasculaires, ont reçu un financement généreux. Ces programmes incitent les jeunes à adopter des comportements précis axés sur des mesures physiologiques, par exemple le taux de cholestérol sanguin, ou nutritionnelles, par exemple la quantité de gras saturés, à atteindre. Trois programmes de ce type retiennent l'attention par leur planification

rigoureuse, par le suivi de leur implantation et par une évaluation multidimensionnelle : *Know your Body* (KYB), *Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health* (CATCH) et *5-a-Day Power Plus*. Ils sont brièvement décrits ici parce qu'ils comportent des éléments de contenu et d'évaluation qui sont susceptibles d'inspirer les orientations à privilégier en matière de nutrition.

Le programme *Know your Body*, élaboré à la fin des années 1980, a été intégré au programme scolaire de la maternelle à la septième année. Ce programme s'inspire de l'approche sociale cognitive de Bandura (1986) et poursuit l'objectif de réduire les risques de maladies cardiovasculaires. Des sessions éducatives hebdomadaires, d'une durée de trente à quarante-cinq minutes, y sont proposées pour chaque niveau pendant toute l'année scolaire. Des modifications aux menus des lunchs servis à l'école font également partie du programme. Les effets du programme ont été observés dans au moins cinq États. Certaines études évaluatives ont comporté des mesures physiologiques (lipides sanguins, pression artérielle, gras corporel), en plus de mesures sur l'acquisition de connaissances ou sur les changements dans les comportements alimentaires. Les études menées après quatre à six ans d'intervention révèlent des différences significatives quant à l'amélioration des connaissances, à la diminution de la consommation de gras, à l'augmentation de la consommation de glucides et à la réduction du cholestérol sanguin. Les évaluations effectuées après environ deux ans d'intervention rapportent un niveau plus élevé de connaissances mais pas de véritable changement dans la diète. Une étude soulève la faible participation des professeurs, seulement 12 %, à l'ensemble des activités suggérées au cours de l'année ; on y rapporte que les élèves des professeurs les plus engagés dans le programme avaient un taux de cholestérol et une pression artérielle plus faibles que les élèves des groupes témoins ainsi que de meilleures connaissances et une consommation plus élevée de légumes et d'autres aliments favorables à la santé du cœur.

Le programme expérimental CATCH apparaît quant à lui comme une étude unique intégrant un ensemble d'éléments rigoureusement planifiés et contrôlés, tant dans les interventions que dans les méthodes utilisées pour l'évaluation et l'analyse des résultats (Resnicow, Robinson et Frank, 1996). Un financement de plusieurs millions de dollars accordé par le National Heart, Lung and Blood Institute a permis de mener l'intervention multidimensionnelle sur une période de trois ans, de 1991 à 1994. Le programme s'applique à une cohorte de 5 106 écoliers à partir de la troisième année de l'élémentaire, d'origines ethniques diversifiées, répartis dans 96 écoles (56 écoles expérimentales, 40 écoles témoins) de quatre États. Les changements visés et mesurés par l'étude sont les suivants :

- en ce qui concerne les aliments servis à la cafétéria scolaire, réduire leur teneur en gras total et en gras saturé pour que ceux-ci correspondent aux recommandations, respectivement de 30 % et de 10 % des calories, et

réduire leur teneur en sodium pour qu'elle se situe entre 600 et 1 000 mg par repas;

- porter à 40 % le temps consacré par les écoliers à l'activité physique modérée ou vigoureuse à l'intérieur du cours d'éducation physique;
- au niveau individuel, ramener le cholestérol sanguin total des participants à 5mg/dl en dessous de celui des écoliers faisant partie des groupes témoins.

Les composantes du programme sont :

- un guide de planification des menus (*Eat Smart School Meal Program*) et de préparation des aliments;
- un guide d'activités et d'information pour les éducateurs physiques et les enseignants, incluant 350 activités de divers niveaux et 3 vidéocassettes;
- trois programmes adaptés aux niveaux scolaires et consacrés à l'alimentation :
  - un programme de 15 sessions de 40 minutes réparties sur 5 semaines et destiné aux élèves de troisième année, incluant des bulletins d'activités familiales,
  - un programme de 24 sessions, d'une durée de 45 minutes chacune, réparties sur 12 semaines, accompagné de bulletins d'activités pour les familles des élèves de quatrième année,
  - un programme de 16 sessions de 50 minutes réparties sur 8 semaines s'adressant aux élèves de cinquième année, incluant des bulletins d'information et d'activités;
- un programme sur le tabagisme (*Facts and Answers about Chewing Tobacco and Smoking* – FACTS) et ses effets, proposant des méthodes pour y résister, présenté en 4 sessions de 50 minutes.

Les faits saillants de l'évaluation de CATCH se résument ainsi : les proportions des calories provenant des lipides (gras total) et des acides gras saturés ont été davantage réduites dans les lunchs servis dans les écoles expérimentales que dans ceux des écoles témoins. Cependant, les proportions visées de 30 % et de 10 % n'ont pas été atteintes. L'objectif fixé sur la quantité de sodium n'a pas été atteint, la teneur des lunchs en sodium ayant même augmenté au cours de la période d'intervention, moins toutefois que dans les écoles témoins. Les résultats mesurés au niveau individuel sont peu probants. Ainsi, le taux de cholestérol, la pression artérielle et l'indice de masse corporelle ne montrent pas de différence entre les groupes d'écoliers. Cependant, parmi les comportements alimentaires rapportés, on note une diminution plus importante des calories provenant du gras chez les écoliers du groupe expérimental que chez ceux du groupe témoin; il en est de même pour la consommation d'acides gras saturés.

Des changements importants sont également observés chez les écoliers soumis à l'intervention en ce qui a trait aux intentions de faire de bons choix alimentaires et de meilleurs choix réguliers, aux connaissances et au soutien social perçu

par les jeunes relativement aux bons choix d'aliments. Au regard du programme d'activités physiques, CATCH a amené une augmentation significative des activités modérées et vigoureuses, dépassant même le pourcentage souhaité de 40 %. Les effets de l'engagement de la famille dans certaines interventions ont été minimes, même dans les familles fortement engagées. Une étude complémentaire, effectuée pour vérifier si la diminution des gras avait pu être accompagnée d'une augmentation de la consommation de fruits et légumes, n'a révélé aucune différence entre les groupes d'écoliers au cours des trois années d'intervention (Perry et autres, 1998a).

Le programme *5-a-Day Power Plus* a été financé par le National Cancer Institute dans le but d'accroître la consommation de fruits et légumes chez les enfants de quatrième et cinquième années. On a commandé de mener une étude évaluative en suivant un protocole aussi rigoureux que celui de CATCH; l'étude s'est déroulée en 1995-1996 dans vingt écoles de la ville de St. Paul, et dix d'entre elles servaient d'écoles témoins. Le programme est composé de différents volets centrés sur les comportements envers les fruits et légumes, l'engagement des parents, les changements dans les menus des repas servis à l'école et l'engagement de l'industrie alimentaire. Chaque niveau a un programme distinct qui inclut 16 sessions de 40 à 45 minutes, réparties sur 8 semaines. Des activités portant sur l'acquisition d'habiletés et la résolution de problèmes ont été incluses. Tous les enseignants des deux niveaux ont reçu une formation d'une journée. La composition d'équipes pour un concours sur la consommation de fruits et légumes au lunch a été l'élément central de chaque programme. L'engagement des parents des élèves de quatrième année a été de préparer à la maison cinq plats qui étaient apportés à l'école; ces plats permettaient aux élèves de participer à un tirage. En cinquième année, les élèves apportaient à la maison une collation préparée à l'école pour la famille. Le service alimentaire des écoles devait s'inspirer de quatre principes: la promotion de fruits et légumes basée sur les messages du programme éducatif; la présentation attrayante des fruits et légumes à la cafétéria; l'augmentation de la variété et du choix des fruits et légumes offerts aux élèves et l'ajout d'un fruit lorsqu'un dessert cuit était au menu. Le personnel des services alimentaires a reçu une formation de deux heures avant le lancement du programme. La participation de l'industrie alimentaire au programme s'est principalement concrétisée par l'approvisionnement des écoles: les producteurs et les distributeurs de la ville ont fourni et livré les fruits et légumes utilisés pour les dégustations en classe ainsi que pour la préparation des collations destinées aux familles et du lunch de l'école. Certaines compagnies ont aussi fourni du matériel éducatif.

Les faits saillants de l'évaluation indiquent qu'en ce qui concerne l'implantation du programme, de 78 % à 85 % des activités ont été réalisées suivant la planification, les deux tiers des parents ont participé à au moins une des activités familiales et les services alimentaires ont mieux suivi les consignes du programme; l'observation des lunchs s'est avérée la mesure la plus objective des effets du programme

sur la consommation des fruits et légumes; le nombre de portions consommées a été plus élevé dans les écoles où était expérimenté le programme que dans les écoles témoins, et on observe un apport plus élevé de vitamines A et C dans les écoles où se déroulaient les activités. Un effet favorable et important de l'intervention a été observé sur la consommation de légumes par les filles; l'analyse des « rappels alimentaires » a permis de constater une réduction importante du pourcentage des calories provenant du gras. Le seul effet positif enregistré chez les parents est leur connaissance du programme *5-a-Day Power Plus*.

Que dire des effets de ces trois derniers programmes?

Les commentaires publiés sur ces évaluations, dont les protocoles servent maintenant de modèles par leur rigueur et leur aspect multidimensionnel, amènent à se poser diverses questions sur les résultats quelque peu décevants des interventions (Perry et autres, 1998b; Resnicow, Robinson et Frank, 1996). Ainsi, le programme KYB a donné de meilleurs résultats sur le taux de cholestérol, après quatre à six ans d'intervention, que le programme CATCH appliqué sur trois années et concentré sur des périodes limitées. On s'interroge donc sur l'intensité et la durée idéales d'un programme pour produire des effets observables et précis sur l'état de santé des personnes.

Dans les trois programmes, l'effet sur l'engagement des parents est décevant, ce qui rend cette composante peu efficace pour l'adoption de comportements précis par les enfants et la famille. Mais là encore, on peut mettre en doute l'intensité de l'intervention, laquelle est faible dans les trois exemples. Des résultats positifs, par exemple la diminution de la consommation de gras, ressortent toutefois des trois interventions portant sur les menus servis à l'école, ce qui démontre l'importance de combiner des mesures sur l'environnement alimentaire à des mesures éducatives.

Quant au contenu de l'intervention, Perry et ses collaborateurs (1998b) se basent sur les résultats de CATCH et de *5-a-Day Power Plus* pour affirmer qu'il vaut mieux insister sur les messages à caractère particulier que sur les messages considérant l'ensemble de l'alimentation, ce qui soulève plusieurs questions. Par exemple, CATCH a amené une certaine diminution de la consommation de gras sans pour autant faire augmenter la consommation de fruits et légumes. Le programme *5-a-Day Power Plus* a eu un effet positif sur ces deux comportements en plus d'avoir un effet bénéfique sur les apports en nutriments essentiels. Quel est l'effet de ces programmes sur d'autres aliments tout aussi importants dans un régime alimentaire équilibré et dans la promotion de la santé? Ces autres aliments seront-ils introduits dans un programme d'intervention seulement lorsqu'on fera des observations dramatiques? Qu'en est-il alors du rôle des professionnels de la santé, qui est de favoriser tout ce qui maintient et améliore la santé? Est-il possible de proposer

un à un des messages propres à chaque catégorie importante d'aliments dans le milieu scolaire, compte tenu de l'intensité qu'il faut donner aux interventions?

Mais une remarque encore plus importante ressort de ces évaluations, remarque à laquelle les chercheurs ne font qu'une timide allusion (Resnicow, Robinson et Frank, 1996). Elle a trait à la plus large influence qu'il faut exercer sur les facteurs environnementaux qui font concurrence aux meilleures interventions, notamment les produits alimentaires manufacturés, la publicité et le mode de vie engendré par le développement de l'informatique. Bien qu'il s'agisse de facteurs extrêmement difficiles à introduire dans les méthodes actuelles d'évaluation, les futures interventions ne peuvent plus les ignorer.

6.3 Orientations à privilégier

À la lumière du rôle que joue indéniablement la nutrition non seulement dans le développement physique, mais aussi dans le développement cognitif des jeunes, et compte tenu des facteurs qui interviennent dans l'acquisition des habitudes alimentaires, de l'importance de l'école comme milieu privilégié mais non unique d'intervention, des évaluations passées en revue dans le présent chapitre et des tendances sociétales qui se manifestent, les éléments à incorporer dans les programmes de nutrition et les conditions d'efficacité à retenir dans leur mise en œuvre sont multiples.

Récemment, aux États-Unis, des associations professionnelles (The American Dietetic Association, 1999) ont réitéré des positions défendues antérieurement concernant tant l'importance que les orientations de l'éducation en nutrition et des programmes alimentaires dans les écoles (Centers for Disease Control, 1996; The American Dietetic Association, 1996; Lytle et Achterberg, 1995; Lavin, Shapiro et Weill, 1992; Best, 1989). Les orientations proposées ici reflètent plusieurs éléments de ces positions et des programmes décrits dans le présent chapitre; ils traduisent aussi l'opinion de l'auteure à partir de son expérience personnelle.

6.3.1 Pourquoi un programme d'éducation en nutrition à l'école?

Faut-il le répéter, l'école ne peut être seule responsable de la saine alimentation des enfants, bien qu'elle constitue le milieu qui permet d'être en contact avec à peu près tous les enfants et les adolescents. Elle est toutefois le lieu approprié pour permettre aux élèves d'acquérir les habiletés, les connaissances et les attitudes nécessaires à leur saine alimentation et, surtout, pour leur enseigner comment résister aux pressions sociales. Manger est un comportement appris socialement, qui est influencé par les pressions sociales. Dans le contexte actuel, où les parents travaillent, où il y a de plus en plus d'aliments préparés et d'établissements de

restauration rapide, le renforcement et la complémentarité des mesures prises par les uns et les autres deviennent essentiels. Pour le personnel enseignant, l'argument le plus fort en faveur de programmes de nutrition dans les écoles a trait aux effets sur le rendement scolaire des élèves (The American Dietetic Association, 1999). Pour d'autres, c'est le développement physique et, pour d'autres encore, c'est la santé des jeunes. Un bon programme d'éducation en nutrition peut donc être mis en œuvre à l'école grâce à une collaboration efficace entre les différents acteurs.

6.3.2 Un programme global de nutrition mis en œuvre à l'école

Les programmes ayant fait l'objet d'évaluations et les positions de divers auteurs exprimées dans la documentation révèlent qu'il faut intégrer les six composantes qui suivent dans un programme de nutrition efficace destiné aux jeunes :

- Des actions basées sur l'expérimentation, sur l'acquisition d'habiletés et sur le jugement critique

Plutôt que d'être basé sur l'écoute passive d'information, le programme de nutrition doit placer les élèves dans des situations liées aux activités régulières de l'alimentation (Weiss et Kien, 1987). Les objectifs comportementaux – apprendre comment se préparer une bonne salade, par exemple – remplacent les objectifs de la simple acquisition de connaissances, qui fait dire : « Il faut manger des légumes parce qu'ils contiennent des vitamines et des minéraux. » Au niveau élémentaire, les enfants apprendront à goûter les aliments, à se préparer des collations, à influencer les parents, etc. Au niveau secondaire, les adolescents vérifieront leur influence mutuelle et procéderont à des auto-évaluations alimentaires dans différentes situations.

- Engagement de la famille dans les interventions au niveau élémentaire

C'est auprès des parents des jeunes écoliers qu'un programme de nutrition donne les meilleurs résultats, car ce sont eux qui assurent encore un encadrement étroit des activités des jeunes (Perry et autres, 1998b). Les parents trouvent un renforcement à leurs propres initiatives et acceptent volontiers de collaborer à celles de l'école. Les activités susciteront un intérêt d'autant plus grand s'il y a des gestes à poser et si l'on ne fait pas que communiquer de l'information. Au deuxième cycle de l'élémentaire, la capacité d'abstraction et de formulation d'hypothèses des élèves est plus grande. Ainsi, ils comprennent certains enjeux liés au comportement. Le projet décrit plus haut, qui a été mené auprès des écoliers du quartier Saint-Michel, illustre bien cette capacité.

• Appel au jugement critique des élèves du secondaire

Au secondaire, les jeunes font leurs propres choix alimentaires. Il s'agit alors de les amener à comprendre les influences qu'ils subissent et celles qu'eux-mêmes exercent sur la société. Évaluer les comportements que leur imposent les médias et la publicité, par exemple l'extrême minceur des filles, et mettre au point des stratégies de résistance font appel à une recherche active d'information. Il en est de même pour déterminer la valeur tant sociale que nutritionnelle des produits alimentaires manufacturés et des aliments frais, pour évaluer l'utilité et l'effet des emballages sur l'environnement, pour analyser les informations nutritionnelles qu'ils donnent, etc.

• Une durée et une intensité suffisantes des interventions

Les éléments précédents n'amèneront des effets à long terme sur le comportement alimentaire des jeunes que s'ils sont intégrés à des activités variées, échelonnées sur toute l'année scolaire et faisant partie du programme de la maternelle à la cinquième année du secondaire. Cela ne s'est jamais vu au Québec. Alors que les évaluations des programmes comme *Know your Body*, décrit dans la section précédente, exigent au moins 30 minutes et, idéalement, 120 minutes par semaine, l'ancien programme de formation sociale et personnelle du MEQ ne prévoyait qu'une heure par année. Par ailleurs, l'Organisation mondiale de la santé (Word Health Organization, 1998) est de ceux qui proclament de façon catégorique (Centers for Disease Control, 1996) qu'il vaut mieux en faire plus et qui rejettent l'affirmation selon laquelle il est préférable d'en faire peu plutôt que de ne rien faire. À cet effet, dans son document sur la promotion de la nutrition dans les écoles, l'OMS propose un ensemble de stratégies visant le renforcement des capacités personnelles des jeunes dans leurs choix alimentaires.

Les enseignants voient dans cette recommandation un ajout à leur charge d'enseignement. C'est pourquoi il est important d'intégrer la nutrition aux matières d'enseignement plutôt que de chercher à lui faire une place dans l'espace de temps qui est dévolu à ces matières. En effet, il y a une foule de notions de nutrition qui peuvent servir d'appui à l'enseignement du français, des mathématiques, des sciences humaines, de la géographie, de l'histoire, de la chimie, de la physique ou, encore, de l'éducation physique. De plus, la réforme scolaire qui s'amorce semble offrir de nouvelles possibilités dans cette voie. Cependant, des ressources sont essentielles; elles font partie des conditions de succès énoncées plus loin.

• Complémentarité des services alimentaires offerts aux élèves

S'ils sont soumis à des critères nutritionnels, les repas offerts à l'école améliorent la qualité de l'alimentation des jeunes. Lorsqu'un service de cafétéria est

offert dans l'école, on a un véritable laboratoire d'expérimentation qui peut renforcer les mesures éducatives d'un programme. L'effet positif de la liaison du service alimentaire aux mesures éducatives du programme a été démontré dans les évaluations.

Au Québec, on sait que la responsabilité des commissions scolaires dans l'administration des services alimentaires a été confiée à des concessionnaires ou à des traiteurs. Cette option n'en dégage pas moins le responsable des repas de son rôle dans la qualité nutritionnelle de l'alimentation des écoliers, que ce rôle s'inscrive à l'intérieur d'une mesure alimentaire en milieu défavorisé, d'une initiative caritative ou d'un service à but lucratif ou non. L'encadrement fait donc également partie des conditions d'efficacité d'un programme.

Il suffirait de réveiller la politique alimentaire qui a fait la fierté de certaines commissions scolaires, de la rafraîchir et de lui donner plus de vigueur par un engagement plus prononcé des décideurs.

• Interventions dans la communauté et en collaboration avec celle-ci

Un programme global de nutrition pour les jeunes crée nécessairement une synergie entre l'école et la communauté dans laquelle vivent les écoliers. Des forces vives de la société empêchent l'adoption durable de comportements alimentaires sains par les jeunes; on a mentionné les médias, les mouvements spontanés d'identification, l'ordinateur, les produits alimentaires prêts à la consommation, la publicité, les modèles culturels, le désir de plaire, etc. D'autres facteurs peuvent toutefois réduire les effets de ces éléments, tout en provenant des mêmes sources; ils peuvent même renforcer des actions positives de la communauté visant à encourager la saine alimentation. Ils se rapportent à des activités auxquelles les jeunes peuvent participer, comme l'entretien des jardins communautaires exploités par les maisons de jeunes, le fonctionnement des casse-croûte dans les centres de loisirs ou l'embellissement de terrains vacants par le jardinage, avec l'appui des municipalités; ils concernent également les représentations des jeunes auprès des élus au sujet de l'amélioration de leur environnement alimentaire à l'école ou dans le quartier, ou encore au sujet des produits alimentaires, de leur provenance et de leur mode de production ou de distribution. Ce ne sont là que quelques exemples qui peuvent engendrer d'autres excellentes idées. Ils ont en commun la participation sociale des jeunes ainsi que la relation entre l'alimentation et les facteurs environnementaux qui la façonnent.

La participation des enfants, dès le plus jeune âge, au développement social de leur communauté, fût-elle réduite à leur école ou à leur rue, est une voie à explorer. À cet égard, l'intervention en nutrition offre de nombreuses possibilités. Elle exige toutefois un partenariat entre l'école, la municipalité, les organismes communautaires, le milieu des affaires et les organismes de santé tels que le CLSC.

Les démarches de *Villes et villages en santé* sont des exemples du partenariat qui pourrait exister si les promoteurs s'ouvraient davantage à la question de l'alimentation des communautés.

L'industrie alimentaire doit aussi collaborer autrement que par le simple don d'aliments à l'occasion d'événements spéciaux. Les interventions de la communauté visant l'amélioration des choix alimentaires doivent faire en sorte que l'industrie alimentaire produise des aliments de base et les offre partout à coût raisonnable, qu'elle évite le gaspillage tant des sols que de l'énergie et qu'elle respecte dans sa publicité les capacités des personnes. La participation des jeunes à ce contrôle de l'alimentation par la communauté est un atout majeur dans l'adoption, par ces jeunes, de comportements alimentaires réfléchis.

6.3.3 Les conditions de succès d'un programme de nutrition pour les jeunes

Les efforts investis dans l'élaboration d'un programme basé sur les éléments mentionnés plus haut risquent d'être compromis si certaines conditions ne sont pas respectées. L'absence de celles-ci est d'ailleurs largement responsable de la léthargie actuelle de la promotion de la nutrition dans les écoles. On reconnaît huit conditions:

- les décideurs et les planificateurs de l'éducation (commissaires, ministre, directeurs d'école), de la santé ainsi que des milieux communautaire, municipal et agroalimentaire doivent s'engager auprès de la population à soutenir un programme global de nutrition;
- une politique alimentaire nationale établissant les règles de base des interventions en nutrition dans les écoles doit être proposée et mise à jour régulièrement; elle doit poser des critères tant sur les concepts de nutrition à promouvoir que sur la commandite alimentaire d'événements, sur l'aménagement de locaux où les aliments peuvent être consommés dans une atmosphère détendue et sur la composition des collations ou de repas servis aux écoliers;
- le programme de promotion de la nutrition appelle des mesures continues qui ne peuvent faire l'objet de priorités fixées pour quelques années seulement. Cette condition exige un budget reconductible qui peut être réparti entre les partenaires qui s'intéressent au bien-être des jeunes;
- l'école doit assumer la direction dans la mise en œuvre du programme; les enseignants deviennent alors les principaux acteurs du programme. Le programme étant basé sur l'intersectorialité, les divers partenaires de la communauté doivent toutefois se partager les tâches;
- il faut que les acteurs du programme reçoivent une formation adéquate et un soutien continu; cette condition en appelle une autre: l'un ou l'autre partenaire doit affecter des ressources en nutrition à cette fonction;

- les techniques d'éducation en nutrition sont multiples et doivent être tenues à jour; l'utilisation de la nouvelle technologie, des médias spécialisés et de l'informatique offre de nouvelles possibilités; une demande des enseignants, qui revient sans cesse, concerne le matériel pédagogique et le soutien administratif;
- un soutien professionnel multidisciplinaire continu est essentiel à la production de matériel éducatif efficace et de qualité;
- une évaluation rigoureuse de l'effet du programme doit être planifiée dès le départ afin d'assurer la mise en place de tous les éléments indispensables à la pérennité des interventions.

Conclusion

L'état des connaissances sur le rôle que joue la nutrition dans la santé et le bien-être des enfants et des adolescents est suffisamment avancé pour justifier la mise en place d'interventions appropriées qui soutiennent les jeunes dans leur développement personnel et dans leur participation sociale. De même, on a déterminé les interventions efficaces et leurs conditions de succès par l'étude de divers programmes expérimentaux, législatifs ou ponctuels. Il en ressort une proposition de programme global qui peut paraître, à première vue, démesuré ou même utopique. Mais, en y regardant bien, les tâches, les responsabilités, les ressources et le financement qu'exige un tel programme appellent un partage des efforts de plusieurs partenaires qui, dans ce cas, sont rassemblés autour de l'école. Les interventions exigent en effet un très grand sens de la créativité ainsi qu'une faculté d'adaptation aux modèles des jeunes et aux changements rapides de la société. En fait, on peut suggérer l'expression « promotion de la nutrition auprès des jeunes dans la communauté » pour décrire ce qui doit être fait.

RÉFÉRENCES

ADAMSON, A., et autres (1992). « Nutritional intake of 11-12-yr-old Northumbrian children in 1990 compared with information obtained in 1980 », *British Journal of Nutrition*, vol. 68, p. 543-563.

AMERICAN ACADEMY OF ARTS AND SCIENCES (1994). « Health and wealth », preface, *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 123, n° 4, 216 p.

BANDURA, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice-Hall, 617 p.

BENTON, D., et Y.P. PEARL (1998). « Breakfast, blood glucose, and cognition », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67, (suppl.), p. S772-S778.

BERTRAND, L. (1981). *Rapport d'évaluation comparative des lunchs des étudiants des collèges Bois-de-Boulogne, Ahuntsic et Saint-Laurent*, Montréal, Département de santé communautaire Sacré-Cœur, 42 p.

BERTRAND, L. (1980). *Rapport d'évaluation comparative des lunchs des étudiants des collèges Bois-de-Boulogne, Ahuntsic et Saint-Laurent*, Montréal, Département de santé communautaire Sacré-Cœur, 55 p.

BEST, J.A. (1989). « Intervention perspectives on school health promotion research », *Health Education Quarterly*, vol. 16, n° 2, p. 299-306.

BIRCH, L.L. (1987). « Research example 1: The role of experience in children's food acceptance patterns », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 87, (suppl.), p. S36-S40.

BIRCH, L.L., et autres (1991). « The variability of young children's energy intake », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, p. 232-235.

BIRCH, L.L., et D.W. MARLENE (1988). « I don't like it; I never tried it: Effects of exposure to food on two-year-old children's food preferences », *Appetite*, vol. 4, p. 353-360.

BOUCHARD, J. (1999). « La génération Pepto-Bismol », *Le Devoir* (Montréal), 15 février 1999, p. 6.

BRODEUR, J.M., et autres (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 148 p. (Collection « Analyses et surveillance », n° 11)

BROOK, V., et L. TEPPER (1997). « High school students' attitudes and knowledge of food consumption and body image: Implications for school based education », *Patient Education and Counseling*, vol. 30, p. 283-288.

BURGHARDT, J.A., A.R. GORDON et R.M. FRALER (1995). « Meals offered in the National School Lunch Program and the School Breakfast Program », *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 61, (suppl.), p. S187- S198.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1996). « Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating », *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 45, n° RR-9, 37 p.

CONTENTO, I. (1995). « The effectiveness of nutrition and implications for nutrition education policy, programs and research: A review of research », *Society for Nutrition Education*, vol. 27, n° 6, p. 277-422.

DECKELBAUM, R.J., E.A. FISHER et M. WINSTON (1999). « Summary of a scientific conference on preventive nutrition: Pediatrics to geriatrics », *Circulation*, vol. 100, p. 450-456.

DIETZ, H.N. (1994). « Critical periods in childhood for the development of obesity », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, p. 955-959.

EPPRIGHT, E.S. (1965). *Tests of Nutrition Knowledge and Attitudes*, Iowa Agriculture and Home Economics Experimental Station, project n° 665-11, s.p.

FRANK, J.W., et J.F. MUSTARD (1994). « The determinants of health from a historical perspective », *Daedalus: Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, vol. 123, n° 4, p. 1-19.

GORDON, A.R., B.L. DEVANEY et J.A. BURGHARDT (1995). « Dietary effects of the National School Lunch Program and the School Breakfast Program », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 61, (suppl.), p. S221-S231.

GUO, S.S., et autres (1994). « The predictive value of childhood body mas dex values for overweight at age 35 yr. », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, n° 4, p. 810-819.

GUSSOW, J.D., et P.R. THOMAS (1986). *The Nutrition Debate: Sorting Out Some Answers*, Palo Alto (Californie), Bull Publishing, 411 p.

HAY, D.I. (2000). *School-Based Feeding Programs: A Good Choice for Children?* rapport préparé pour Santé Canada, Division de l'enfance et de la jeunesse, Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, Victoria (Colombie-Britannique), Information Partnership, 30 p.

HOUDE-NADEAU, M. (1995). *Évaluation des mesures alimentaires en milieux défavorisés*, rapport de recherche, Montréal, Conseil scolaire de l'île de Montréal, 88 p.

JOHNSON-DOWN, L., et autres (1997). « High prevalence of obesity in low income and multiethnic schoolchildren: A diet and physical activity assessment », *Journal of Nutrition*, vol. 127, p. 2310-2315.

KENNEDY, E., et C. DAVIS (1998). « U.S. Department of Agriculture School Breakfast Program », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67, (suppl.), p. S798-S803

KOLETZKO, B., et autres (1998). « Growth development and differentiation: A functional food science approach », *British Journal of Medicine*, vol. 80, (suppl.), p. S5-S45.

LAMIRANDE, C. (1998). *De l'énergie, j'en mange! Alimentation à l'adolescence*, Montréal, Éditions Chenelière/McGraw-Hill, 210 p.

LAVIN, A.T., G.R. SHAPIRO et K.S. WEILL (1992). « Creating an agenda for school-based health promotion: A review of 25 selected reports », *Journal of School Health*, vol. 62, n° 6, p. 212-228.

LE CLUB DES PETITS DÉJEUNERS (à paraître). *Atelier de consultation sur les programmes d'alimentation et de nutrition à l'intention des enfants d'âge scolaire*, Montréal, mai 2000.

LEE, J.H., D.R. REED et R.A. PRICE (1997). « Familial risk factors for extreme obesity: Implications for mapping human obesity genes », *American Journal of Obesity and Other Metabolism Disorders*, vol. 21, p. 935-940.

LES PARTENAIRES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, RÉGION DE MONTRÉAL (2000). « Savoir se faire à manger : un enjeu de société », *Des gestes plus grands que la panse : Sortir de l'impasse – Comprendre et agir au-delà de la faim*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, dossier 3, 8 p.

LES PARTENAIRES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, RÉGION DE MONTRÉAL (1999). *Des gestes plus grands que la panse : La sécurité alimentaire se cultive sur les bancs d'école*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, dossier 2, 6 p.

LYTLE, L., et C. ACHTERBERG (1995). « Changing the diet of America's children: What works and why? », *Journal of Nutrition Education* vol. 27, n° 5, p. 250-260.

McELROY, J., et B. TAYLOR (1966). « Adolescents' values in selection of food », *Journal of Home Economics*, vol. 58, p. 651-654.

McINTYRE, L., et J.B. DOYLE (1992). « Exploratory analysis of children's nutrition programs in Canada », *Social Science and Medicine*, vol. 35, n° 9, p. 1123-1129.

MEREDITH, C.N., et J.T. PROYER (1991). « Nutrition and exercise: Effects on adolescent health », *Annual Review of Public Health*, vol. 12, p. 309-333.

MILLER, E., et C.G. MAROPIS (1998). « Nutrition and diet related problems », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 25, p. 193-210.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, rapport du Groupe de travail pour les jeunes, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES (1977). *Une politique québécoise en matière de nutrition*, Québec, Service des études épidémiologiques, Direction générale de la planification, ministère des Affaires sociales, 89 p.

MUNOZ, K.A., et autres (1997). « Food intakes of US children and adolescents compared with recommendations », *Pediatrics*, vol. 100, p. 323-329.

NICKLAS, T.A., et autres (1993). « Secular trends in dietary intakes and cardiovascular risk factors of 10 yr-old children: the Bogalusa heart study », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 57, p. 930-937.

NICKLAS, T.A., C.E. O'NEIL et G.S. BERENSON (1998). « Nutrient contribution of breakfast, secular trends, and the role of ready-to-eat cereals: A review of data from the Bogalusa Heart Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67, (suppl.), p. S757-S763.

O'LOUGHLIN, J., et autres (1998). « Prevalence and correlates of overweight among elementary schoolchildren in multiethnic, low income, inner-city neighbourhoods in Montreal, Canada », *The Annals of Epidemiology*, vol. 8, p. 422-432.

ORTEGA, R.S., et autres (1998). « The importance of breakfast in meeting daily recommended calcium intake in a group of schoolchildren (Spain) », *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 17, nº 1, p. 19-24.

PÊI-SUNYE, F.X. (1991). « Health implications of obesity », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 53, (suppl.), p. S1595-S1603.

PELTO, G.H. (1981). « Anthropological contributions to nutrition education research », *Journal of Nutrition Education*, vol. 13, (suppl.), p. S2-S11.

PERRY, C.L., et autres (1998a). « Effects of the child and adolescent trial for cardiovascular health on fruit and vegetable intake », *Journal of Nutrition Education*, vol. 30, nº 6, p. 354-60.

PERRY, C.L., et autres (1998b). « Changing fruit and vegetable consumption among children: The 5-a-Day Power Plus program in St. Paul, Minnesota », *American Journal of Public Health*, vol. 88, nº 4, p. 603-609.

POLLITT, E., et R. MATTHEWS (1998). « Breakfast and cognition: An integrative summary », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67, (suppl.), p. S804-S813.

PRENTICE, A.M. (1997). « Obesity – The inevitable penalty of civilization? », *British Medical Bulletin*, vol. 53, p. 229-237.

PREZIOSI, P., et autres (1999). « Breakfast type, daily nutrient intakes and vitamin and mineral status of French children, adolescents and adults », *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 18, nº 2, p. 171-178.

RESNICOW, K., T.N. ROBINSON et I. FRANK (1996). « Advances and future directions for school-based health promotion research: Commentary on the CATCH intervention trial », *Preventive Medicine*, vol. 25, p. 378-383.

RUXTON, C.H.S., et T.R. KIRK (1997). « Breakfast: A review of associations with measures of dietary intake, physiology and biochemistry », *British Journal of Nutrition*, vol. 78, p. 199-213.

SANTÉ CANADA (1997). *Le guide alimentaire canadien pour manger sainement : Renseignements sur les enfants de six à douze ans*, Ottawa, Santé Canada, 18 p.

SANTÉ CANADA (1990). *Recommandations sur la nutrition*, rapport du comité de révision scientifique, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 224 p.

SANTÉ QUÉBEC, BERTRAND, L. (sous la dir. de) (1995). *Les Québécoises et les Québécois mangent-ils mieux ? Rapport de l'enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, 317 p.

SCHWARTZ, N.E. (1975). « Nutritional knowledge, attitudes and practices of high school graduates », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 66, p. 28-31.

SIMARD, J.R., L. BERTRAND et S. MAVRIKAKIS (1993). « Mon système digestif et celui de mon quartier : une approche participative auprès d'écoliers de milieu populaire », *Diététique en action*, vol. 7, nº 2, p. 8.

SIMOPOULOS, A.P. (1987). « Diet and health: Scientific concepts and principles, proceedings of a symposium, 1986 », *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 45, nº 5, (suppl.), p. 1015-1407.

SPINDLER, E.B., et G. ACKER (1963). « Teenagers tell us about their nutrition », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 48, p. 228-231.

TARAS, H.L., et autres (1989). « Television's influence on children's diet and physical activity », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 10, p. 176-180.

THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (1999). « Position on dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 99, p. 93-101.

THE AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (1996). « Position: Child and adolescent food and nutrition programs », *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 96, nº 9, p. 913-917.

THERRIEN, L. (1993). *Application d'une politique alimentaire en milieu scolaire*, rapport d'évaluation, Québec, Département de santé communautaire de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, 54 p.

TROIANO, R.P., et autres (1995). « Overweight prevalence and trends for children and adolescents: The national health and nutrition examination surveys, 1963 to 1991 », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 149, p. 1085-1091.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1994). *Energy and Macronutrient Intakes of Persons Aged 2 Months and Over in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, Phase 1, 1988-1991, Advanced Data*, nº 255, Atlanta, Vital and Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention.

WEISS, E.H., et C.L. KIEN (1987). « A synthesis of research on nutrition education at the elementary school level », *Journal of School Health*, vol. 57, nº 1, p. 8-13.

WHITTAKER, R.C., et autres (1997). « Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity », *New England Journal of Medicine*, vol. 337, p. 869-873.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). *Healthy Nutrition: An Essential Element of a Health-Promoting School*, WHO Information Series on School Health, document 4, Genève, World Health Organization, 51 p.

YIP, R., A. SCARNION et F.I. TROWBRIDGE (1993). « Trends and patterns in height and weight of low income U.S. children », *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, vol. 33, p. 409-421.

CHAPITRE 6

L'activité physique

Guy Thibault

De tous les déterminants du bien-être et de la santé des jeunes, l'activité physique compte parmi ceux dont la connaissance a évolué à un rythme particulièrement rapide au cours des dernières années. L'objet du présent chapitre est justement de faire état des connaissances actuelles sur cette question. Il comprend une description de la situation québécoise en matière d'activité physique chez les jeunes, on y mentionne les éléments à prendre en considération lorsqu'il s'agit de concevoir, de justifier ou de mettre en œuvre une intervention à grande échelle qui vise à faire la promotion, auprès des enfants et des adolescents, d'un mode de vie physiquement actif pouvant contribuer à leur bien-être et à leur santé.

1. Définitions

Lorsqu'il est question d'activité physique, on fait souvent référence à l'*entraînement*, à l'*exercice physique*, à la *condition physique* et au *sport*, mais également à la notion de *mode de vie physiquement actif*. Au sens strict, on entend par *activité physique* toute forme de mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques et résultant en une dépense énergétique qui s'ajoute à celle qui est associée au métabolisme de base. Ainsi, on fait de l'activité physique lorsqu'on a recours aux ressources physiques du corps pour exécuter des mouvements (Létourneau, Laberge et Thibault, 1994). Toutefois, dans la perspective de la promotion de la santé auprès de la population, on désigne communément par l'expression *faire de l'activité physique* la pratique d'activités diverses – il peut s'agir autant d'activités utilitaires, de locomotion, de travail ou de loisir que d'activités sportives ou d'exercices physiques proprement dits – qui sollicite suffisamment les ressources physiques du corps pour être associée à un effet positif sur la santé ou sur la condition physique.

En Amérique du Nord, les programmes de lutte contre la sédentarité, tels que Kino-Québec, font la promotion d'un *mode de vie physiquement actif*. On entend par cette expression une façon de vivre où le mouvement occupe suffisamment de place, tant dans les moments de loisir que dans l'exécution de tâches utilitaires – par exemple, les déplacements entre le lieu de résidence et l'école –, pour que des avantages puissent y être associés sur les plans du bien-être personnel, de la santé ou de la condition physique. Ailleurs dans le monde, par contre, on se limite généralement à la promotion de ce qu'on appelle le sport pour tous.

Les critères utilisés pour estimer les proportions de personnes sédentaires, peu actives, actives et très actives dans une population varient d'une étude à l'autre (Sarkin et autres, 2000; Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996). En général, on considère qu'une personne est physiquement active durant ses moments de loisir si elle pratique une activité physique d'intensité élevée au moins trois fois par semaine, ou d'intensité allant de faible à moyenne au moins quatre fois par semaine. De plus, cette activité doit être pratiquée pendant au moins trois trimestres sur quatre (Nolin, Prud'homme et Godbout, 1996). Pour qualifier l'activité physique d'une personne, on peut également se fonder sur la part de dépense calorique hebdomadaire moyenne qui excède son métabolisme de base, celle-ci étant d'autant plus élevée que la personne est physiquement active.

On entend par *entraînement*, la pratique structurée d'activités physiques ayant pour but l'amélioration ou le maintien d'un ou de plusieurs déterminants de la condition physique ou de la performance (Caspersen, Powell et Christenson, 1985); on dit aussi dans ce cas *faire de l'exercice physique*.

La *condition physique* se rapporte au niveau de développement de qualités physiques telles que la puissance aérobie maximale, ou consommation maximale d'oxygène – qui est un reflet de la condition du système cardiorespiratoire –, l'endurance, la puissance et la force musculaires ainsi que la flexibilité et la composition corporelle, ou pourcentage de graisse dans la masse corporelle. Une personne en bonne condition physique est plus apte au travail physique (Caspersen, Powell et Christenson, 1985) et éprouve donc moins de difficultés à exécuter des tâches liées aux études, au travail, aux activités quotidiennes de toutes sortes et aux loisirs (Sallis et Patrick, 1994). La condition physique d'une personne dépend à la fois de ses prédispositions génétiques et de son activité physique.

Le développement et le maintien de la composante de la condition physique généralement reconnue comme la plus importante, soit la puissance aérobie maximale, nécessitent la pratique fréquente d'activités d'intensité assez élevée (American College of Sports Medicine, 1998), alors que même les activités de faible intensité, par exemple la marche d'un pas normal, peuvent contribuer à l'amélioration de l'état de santé pourvu qu'elles soient pratiquées régulièrement, c'est-à-dire plusieurs fois par semaine et tout au long de l'année (Comité scientifique de Kino-Québec, 1999; Kino-Québec, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

Dans le vocabulaire de la spécialité, le terme *sport* désigne une activité physique qui fait appel à des habiletés motrices, qui nécessite des installations et un équipement particuliers, qui est régie par des organismes officiels et qui s'exerce sous la forme de compétitions (Létourneau, Laberge et Thibault, 1994). Dans la langue courante, par contre, on entend souvent par ce terme diverses formes d'activité physique qui n'ont pas nécessairement un véritable caractère sportif.

---

2. Les aspects de la santé et du bien-être des jeunes sur lesquels agit l'activité physique

Les méfaits de la sédentarité ainsi que les effets préventifs et curatifs de la pratique régulière d'activités physiques ont fait l'objet de nombreuses recherches en ce qui concerne les adultes et sont donc fort bien connus (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Pour ce qui est des enfants et des adolescents, en revanche, on dispose de beaucoup moins d'information.

Au cours des deux dernières décennies, on a effectué plusieurs études épidémiologiques où l'on a comparé la santé des personnes actives et inactives, ou celle des gens en bonne ou en mauvaise condition physique. Les revues bibliographiques (Bouchard et Shephard, 1994; Bouchard, Shephard et Stephens, 1994) et les avis publics (Comité scientifique de Kino-Québec, 1999; Kino-Québec, 1999;

U.S. Department of Health and Human Services, 1999, 1996, 1991; Leon, 1997; Fletcher et autres, 1996; National Institute of Health, 1996; Pate et autres, 1995; International Society of Sport Psychology, 1992) portant sur ce thème indiquent que, chez l'adulte, l'activité physique diminue les risques de mourir prématurément et d'être affligé de certains problèmes de santé (voir le tableau 4).

Or, ces problèmes sont en l'occurrence des maladies graves qui touchent une très grande partie de la population et qui, par conséquent, occasionnent une grande souffrance humaine, d'importantes pertes de productivité, d'énormes dépenses en soins de santé et de nombreux décès prématurés. Aussi, Kino-Québec, en se fondant sur l'avis de son comité scientifique portant sur la quantité d'activité physique nécessaire à la santé (Comité scientifique de Kino-Québec, 1999) et sur le rapport du Surgeon General sur l'activité physique et la santé (U.S. Department of Health and Human Services, 1996), recommande à la population adulte de pratiquer, dans les moments de loisir et tout au long de l'année, des activités physiques qui suscitent une dépense énergétique d'au moins 1 000 kcal par semaine (Kino-Québec, 1999).

TABLEAU 4
Problèmes de santé que l'activité physique peut prévenir[1]

Maladies cardiovasculaires	Ostéoporose[2]
Hypertension	Obésité
Diabète de type 2 (non insulino-dépendant)	Cancer du côlon[3]

1. Ces renseignements proviennent des études épidémiologiques réalisées sur des populations adultes.
2. Sauf peut-être chez la femme post-ménopausée qui ne prend pas d'œstrogènes.
3. De plus en plus d'études épidémiologiques indiquent que l'activité physique préviendrait également certaines autres formes de cancer, comme le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate.

Lorsqu'on s'intéresse à la santé des enfants et des adolescents, il faut se demander quels sont les problèmes de santé auxquels les jeunes sédentaires sont le plus exposés maintenant et auxquels ils seront encore exposés plus tard, à l'âge adulte.

2.1 La croissance, la maturation ainsi que le développement de la masse et de la densité osseuses

On compte peu d'études longitudinales permettant de mettre en évidence les effets de l'activité physique sur la croissance et la maturation des enfants (Bar-Or et Malina, 1995). On ne sait donc pas quelle quantité d'activité physique est nécessaire à la croissance et au développement optimaux de l'enfant (Bouchard et Malina, 1998). Il ne semble pas que l'activité physique ait un effet important sur

la longueur des os, la taille corporelle et la maturation biologique (Malina et Bouchard, 1991).

On sait, par contre, que la pratique régulière d'activités physiques, particulièrement celles où l'on doit supporter son poids, est importante pour le développement des tissus osseux et musculaire de l'enfant, comme l'est par ailleurs l'apport en énergie et en nutriments (particulièrement le calcium et la vitamine D) par l'alimentation. En effet, la pratique vigoureuse et régulière d'activités physiques comportant une résistance ou une charge importante améliore la minéralisation et la densité osseuse du squelette chez les jeunes (Nickols-Richardson et autres, 2000; Gutin et autres, 1999; Bailey, 1996; Bailey et Martin, 1994).

Certaines études indiquent qu'il y a un lien entre l'activité physique des jeunes et la densité minérale osseuse mesurée plus tard durant la vie adulte (Caspersen, Nixon et Durant, 1997; Bailey et Martin, 1994). Par exemple, on a montré que la masse osseuse du bras dominant de joueurs de tennis demeurait plus grande que celle de l'autre bras après deux ans d'une pratique considérablement réduite (Kontulainen et autres, 1999). Sans en être une preuve absolue, les résultats de cette étude permettent de soutenir l'idée que, chez l'enfant et l'adolescent, la pratique régulière d'activités physiques suscitant un important stress mécanique sur les os réduit le risque d'être atteint d'ostéoporose à l'âge adulte. Une masse osseuse optimale est, en effet, un facteur préventif de l'ostéoporose en même temps qu'elle diminue les risques de fractures à l'âge adulte, car elle assure une certaine protection contre les pertes de densité osseuse ultérieures (Bailey, Faulkner et McKay, 1997; Bar-Or, 1994; Malina et Bouchard, 1991). Or, l'ostéoporose est un problème de santé fort répandu chez les personnes âgées.

Ce sont les activités aérobies et anaérobies vigoureuses où l'on doit supporter son poids ainsi que l'entraînement à l'aide de résistances qui semblent être les plus utiles pour la santé du squelette (Sallis et Patrick, 1994), car il faut appliquer un stress mécanique à l'os pour augmenter ou maintenir la masse osseuse.

Les autorités scientifiques et médicales sont d'avis que les enfants et les adolescents doivent être physiquement actifs non seulement pour maintenir une condition physique acceptable et développer des habiletés motrices essentielles, mais également pour avoir une croissance normale (American Academy of Pediatrics, 1992) et pour arriver à l'âge adulte avec une masse et une densité osseuses aussi grandes que possible.

2.2 L'obésité

En pédiatrie, l'obésité juvénile est considérée comme le principal désordre chronique (Must et Strauss, 1999; Ward et Bar-Or, 1986). Elle pose un problème de santé publique important (Owen et autres, 1998; Caspersen, Nixon et Durant,

1997; Bar-Or, 1994), notamment en raison de sa prévalence élevée mais aussi, comme l'illustre la figure 5, à cause de la propension des jeunes obèses à développer des problèmes chroniques d'ordre physique, psychologique et social (Dietz, 1998; Gortmaker et autres, 1993). On sait, par exemple, que l'obésité est un important facteur de risque d'hypertension, tant chez l'enfant que chez l'adulte.

Dépense énergétique < Apport énergétique alimentaire ⇒ Obésité

• Diabète • Hypertension • Dyslipidémies • Maladies coronariennes	• Faible estime de soi • Mauvaise image de soi • Discrimination sociale	• Difficulté accrue de gravir les échelons dans l'échelle sociale (particulièrement pour les femmes)

FIGURE 5
Conséquences négatives potentielles, immédiates et à long terme, de l'obésité chez les jeunes

On ne dispose malheureusement pas, sur les jeunes de moins de 15 ans, de données permettant de soutenir l'opinion généralement répandue selon laquelle la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité chez les jeunes du Québec a augmenté au cours des dernières années. C'est toutefois ce que révèlent les données de sondages en matière de santé menés auprès des Québécois de 15 ans ou plus (voir la figure 6). La proportion de Québécois âgés de 15 à 19 ans aux prises avec un problème de masse pondérale excessive, c'est-à-dire que leur indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 25, a augmenté entre 1987 et 1993 (Camirand, 1995). La proportion a diminué entre 1993 et 1998 chez les filles, mais elle est restée élevée chez les garçons (Ledoux et Rivard, 2000). La popularité croissante des loisirs où le corps est presque inactif tels que les jeux vidéo, Internet et la télévision, bien qu'ils ne soient pas nécessairement nocifs en tant que tels, constitue, on s'en doute, une entrave à l'adoption d'un mode de vie physiquement actif.

Le phénomène semble s'observer non seulement au Québec, mais dans plusieurs pays industrialisés (Troiano et autres, 1995; Limbert, Crawford et McCargar, 1994). En Amérique du Nord, le pourcentage de jeunes ayant un excès de poids augmente depuis vingt ans et serait de 10 % à 25 % suivant la méthode d'évaluation de l'excès de poids et, surtout, suivant les critères sur lesquels on se fonde (Troiano et Flegal, 1998; Troiano et autres, 1995; Bar-Or, 1994; Limbert, Crawford et McCargar, 1994; Stephens et Craig, 1990; Shear et autres, 1988). Aux États-Unis, selon les *National Health and Nutrition Examination Surveys* – enquêtes menées à plusieurs reprises entre 1963 et 1994 –, l'indice de masse corporelle a augmenté en moyenne de 1,2 unité chez les jeunes de 6 à 17 ans (Troiano et Flegal, 1998; Dietz, 1995). Cela représente un surplus d'environ 3 kilogrammes de masse corporelle, augmentation qui peut être jugée importante puisqu'il s'agit de

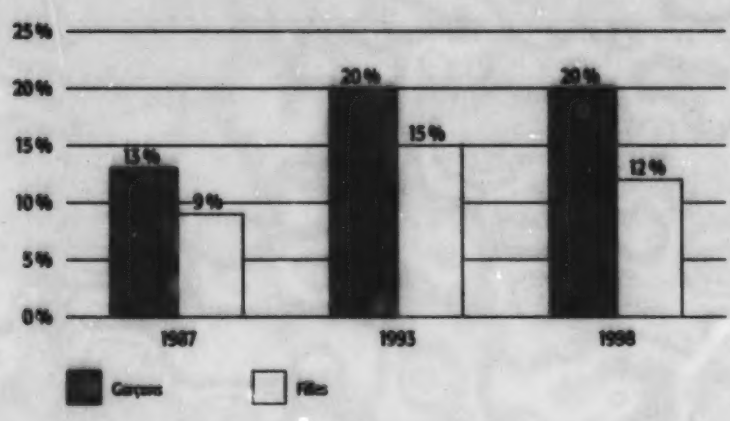


FIGURE 6
Pourcentage de la population québécoise âgée de 15 à 19 ans aux prises avec un excès de poids[1] en 1987, 1993 et 1998

jeunes et non pas d'adultes. Si le problème de l'obésité juvénile continue de s'aggraver, la population devra faire face, à long terme, à de sérieux problèmes de santé.

Par ailleurs, il est bien connu que l'activité physique, combinée avec une alimentation appropriée et de saines habitudes de vie, est un important facteur à la fois de contrôle de la masse corporelle et de prévention de l'embonpoint et de l'obésité, tant chez les jeunes que chez les adultes (Barlow et Dietz, 1998; Epstein et autres, 1998). Certaines personnes bénéficient plus que d'autres des effets de l'exercice physique lorsqu'elles tentent de perdre du poids, sans que l'on sache exactement pourquoi. Lorsqu'on suit un programme d'entraînement, la perte de graisse s'effectue généralement de façon plutôt lente (Epstein et Wing, 1980). Cependant, on sait que l'embonpoint et l'obésité, tant chez l'enfant que chez l'adulte, sont toujours causés par une dépense énergétique plus faible que l'apport énergétique alimentaire. Augmenter la dépense énergétique par l'activité physique constitue certainement la meilleure façon d'obtenir un bilan énergétique négatif. En effet, l'autre solution, c'est-à-dire la réduction de l'apport en énergie par l'alimentation, peut se traduire par une carence en certains nutriments, ce qui peut occasionner des préjudices graves – particulièrement en période de croissance.

Plusieurs études transversales indiquent que les enfants et les adolescents obèses sont moins actifs que ceux qui n'ont pas d'excès de poids. De plus, une faible participation aux activités physiques prédisposerait à l'embonpoint et à l'obésité

1. On entend par excès de poids un indice de masse corporelle de 25 ou plus.

les enfants mais, surtout, les adolescents (Caspersen, Nixon et Durant, 1997; Oscai, 1989). La masse corporelle des jeunes physiquement actifs présente un pourcentage de graisse moins élevé que celle des enfants et des adolescents sédentaires et en mauvaise condition physique (Clark et Blair, 1988). Le niveau de participation aux activités physiques est associé à une différence d'adiposité de 1 à 4 points de pourcentage entre les adolescents actifs et ceux qui sont inactifs (Bar-Or et Baranowski, 1994; Stephens et Craig, 1990). L'étude longitudinale de Framingham révèle qu'une activité physique plus faible correspond à une augmentation de l'épaisseur des plis adipeux entre l'âge de 3 et 6 ans (Moore et autres, 1995). Au terme de leur méta-analyse des données existantes sur l'activité physique et la composition corporelle, Epstein et Wing (1980) concluent que l'obésité est plutôt associée à une faible activité physique qu'à la suralimentation.

Les différentes études montrent aussi que les enfants obèses le demeurent généralement à l'adolescence et à l'âge d'adulte (Garn et LaVelle, 1985; Johnston, 1985), et qu'ils risquent davantage tant de souffrir plus tard d'hypertension, de diabète, de maladies coronariennes que de mourir prématurément (Must et autres, 1992; Nieto, Szklo et Comstock, 1992). Selon Bar-Or et ses collaborateurs (1998), environ 40 % des enfants obèses âgés de 7 ans et près de 70 % des adolescents obèses deviennent des adultes obèses. Il importe donc de prévenir l'obésité durant l'adolescence, d'autant plus que le traitement de l'obésité chez l'adulte est très difficile à suivre et rarement efficace.

Les autorités scientifiques et médicales compétentes sont d'avis qu'il faut inciter les enfants et les adolescents à augmenter leur activité physique, car ils peuvent ainsi contrôler plus facilement leur masse corporelle (Gortmaker et autres, 1999; Story, 1999; Barlow et Dietz, 1998; Epstein et autres, 1998; Epstein, 1995).

2.3 Les dyslipidémies

Chez l'adulte, il est clairement établi que l'activité physique modifie favorablement le profil sanguin des lipides et des lipoprotéines (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). En effet, la pratique régulière d'activités physiques augmente le taux de lipoprotéines de haute densité (HDL) et diminue le taux de lipoprotéines de basse densité (LDL), ce qui réduit le risque d'être atteint d'une maladie coronarienne.

Les premières recherches menées auprès de jeunes n'ont pas révélé de lien aussi net entre l'activité physique et le profil sanguin des lipides et des lipoprotéines (Linder, Durant et Mahoney, 1983), mais on dispose actuellement d'un nombre suffisant de résultats pour affirmer que les enfants et les adolescents physiquement actifs ont de plus hautes concentrations plasmatiques de HDL (Caspersen, Nixon et Durant, 1997). Les enfants les plus actifs sur le plan physique et ceux qui sont en meilleure condition physique ont des taux moins élevés de triglycérides

dans le sang (Baranowski et autres, 1992; Després, Bouchard et Malina, 1990). Après avoir soumis un groupe d'enfants à un entraînement de douze semaines, on a observé que certains de ces enfants avaient une plus grande concentration plasmatique de HDL et un taux réduit de LDL (Tolfrey, Campbell et Betterham, 1998). Fait intéressant à souligner, l'augmentation de la concentration plasmatique de HDL qui accompagne l'entraînement est particulièrement évidente dans les groupes d'adolescents jugés à risque, comme les obèses, les diabétiques et ceux qui ont des antécédents familiaux de dyslipidémie (Armstrong et Simons-Morton, 1994; Sallis et Patrick, 1994). Il semble que, pour qu'il y ait une incidence sur leur profil lipidique, les enfants et les adolescents doivent pratiquer des activités physiques d'intensité moyenne ou élevée à raison de trente minutes par séance, de trois à cinq fois par semaine (Gutin et autres, 1996). Chez l'adulte, il semble qu'on puisse obtenir des effets bénéfiques similaires sur le profil lipidique par la pratique d'activités qui ne sont pas nécessairement aussi intenses (Comité scientifique de Kino-Québec, 1999).

Enfin, l'effet favorable de l'activité physique sur le profil lipidique du jeune ne persiste pas à l'âge adulte si ce jeune cesse d'être physiquement actif, car cet effet, réversible, ne se maintient que si les activités sont effectuées de façon régulière (Malina et Bouchard, 1991). Seule la personne qui pratiquera une certaine activité physique en passant à l'âge adulte aura moins de risques d'être atteinte de dyslipidémie. Chose certaine, l'adulte présentant un profil lipidique qui le prédispose aux maladies coronariennes aura plus de facilité à demeurer physiquement actif et à en retirer des bénéfices sur le plan de la santé cardiovasculaire s'il a acquis, dès l'enfance ou l'adolescence, les habiletés motrices et les habitudes de vie appropriées.

2.4 L'hypertension

L'hypertension est un important facteur de risque des maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires chez l'adulte. Dans la population jeune, on trouve plus d'hypertendus parmi les obèses et parmi ceux qui sont issus d'une famille où il y a plusieurs cas d'hypertension.

Les enfants qui ont une pression artérielle élevée risquent plus de devenir des adultes hypertendus (Lauer et autres, 1989). On n'a pas réussi, par des études transversales, à mettre en évidence une éventuelle corrélation entre l'activité physique et la pression artérielle des jeunes (Caspersen, Nixon et Durant, 1997). Cependant, on a montré que les adolescents obèses et hypertendus peuvent réduire leur pression artérielle en s'entraînant, surtout s'ils perdent du poids (Sallis et Patrick, 1994; Després, Bouchard et Malina, 1990; Rowland, 1990; Lauer et autres, 1989). Cet effet bénéfique de l'activité physique chez les jeunes atteints d'hypertension ne serait pas uniquement dû à la perte de graisse.

On a aussi émis l'opinion que, sans obésité, l'incidence de l'hypertension serait réduite de moitié (Rowland, 1990). Il semble que, pour produire des effets bénéfiques sur la pression artérielle, l'activité physique doit être effectuée régulièrement, c'est-à-dire plusieurs fois par semaine et à une intensité moyenne ou élevée (Dlin, 1996; Alpert et Wilmore, 1994; Sallis et Patrick, 1994). Ces effets sont toutefois réversibles (Dlin, 1996).

2.5 La santé cardiovasculaire

C'est surtout à cause de son effet préventif des maladies cardiovasculaires chez l'adulte que la lutte contre la sédentarité s'avère si importante du point de vue de la santé publique (National Institute of Health, 1996). On estime qu'environ un homme sur cinq développera une maladie coronarienne avant l'âge de 60 ans en Amérique du Nord et que plus du quart des hommes touchés en mourront de façon prématurée (Rowland, 1990). Or, le risque d'être affecté d'une telle maladie ou d'en mourir est environ 80 % plus élevé chez les sédentaires que chez les actifs (Comité scientifique de Kino-Québec, 1999).

Parmi les enfants et les adolescents, l'incidence des maladies cardiovasculaires n'est certes pas aussi élevée que parmi les adultes. Cependant, on estime que la majorité des enfants présentent, déjà à partir de l'âge de 12 ans, au moins un facteur de risque comme l'obésité, une pression artérielle élevée, le tabagisme, un mode de vie peu actif ou une dyslipidémie (Baranowski et autres, 1992). Les jeunes chez qui on observe plusieurs facteurs de risque peuvent souffrir d'athérosclérose précoce (Berenson et autres, 1998; Strong et autres, 1995). On sait que, chez les enfants, la pratique régulière d'activités physiques est associée à une réduction des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. En aidant à prévenir l'obésité ou l'hypertension, par exemple, la pratique régulière d'activités physiques contribue à l'amélioration de la santé cardiovasculaire. Ainsi, il est raisonnable de retenir l'hypothèse voulant que l'activité physique peut retarder la progression de l'athérosclérose au cours de l'adolescence, plus particulièrement chez les jeunes qui manifestent déjà certains facteurs de risque des maladies du système circulatoire.

On a émis l'hypothèse qu'un mode de vie physiquement actif dès l'enfance et à l'adolescence prévient les maladies coronariennes et les facteurs de risque qui leur sont associés plus tard, à l'âge adulte (Bar-Or, 1994), mais on ne dispose pas encore de données permettant de la confirmer (Aaron et LaPorte, 1997; Baranowski et autres, 1992; Després, Bouchard et Malina, 1990). Il y a plutôt lieu de croire que les effets bénéfiques de l'activité physique du jeune sur sa santé cardiovasculaire ne se poursuivront jusqu'à l'âge adulte que si cette activité est maintenue, ces effets étant réversibles (Trudeau et autres, 2000; Malina et Bouchard, 1991).

2.6 La condition physique

La condition physique doit être perçue comme un élément de la santé et du bien-être de la personne parce que, comme on l'a mentionné précédemment, une personne en bonne condition physique est plus apte au travail physique (Caspersen, Powell et Christenson, 1985) et éprouve donc moins de difficulté à exécuter des tâches liées aux études, au travail, aux activités quotidiennes de toutes sortes et aux loisirs (Sallis et Patrick, 1994). La personne en bonne condition physique aura également plus de facilité à faire en peu de temps le volume d'activité physique nécessaire pour que sa santé en bénéficie.

C'est un fait connu que l'entraînement améliore la condition physique et que l'effet d'un entraînement donné sur l'une ou l'autre des composantes de la condition physique dépend de la nature de l'activité pratiquée au cours de l'entraînement. En d'autres termes, le type d'adaptation physiologique dépend de l'activité physique. Les études transversales ne révèlent qu'une faible corrélation entre l'activité physique et la condition physique des jeunes (Aaron et LaPorte, 1997; Pate, 1997; Simons-Morton et autres, 1987). Cela s'explique par le fait que les qualités physiologiques, comme bien d'autres attributs, sont largement déterminées par les prédispositions génétiques. Il demeure que tous les enfants et tous les adolescents, indépendamment de leurs dispositions génétiques, peuvent maintenir et améliorer leur condition physique en pratiquant régulièrement des activités physiques appropriées.

Comme il a été mentionné précédemment, chez l'adulte, la pratique régulière d'activités physiques d'une intensité trop faible pour améliorer la condition physique peut tout de même prévenir certaines maladies graves et répandues (voir le tableau 4). Comme le soulignent LaPorte et ses collaborateurs (1984), ce n'est pas tant la condition physique qui importe que les habitudes de la personne en matière d'activité physique. Ils affirment qu'une bonne partie de la population physiquement active n'a pas nécessairement une très bonne condition physique sur le plan cardiovasculaire, mais retire quand même de l'activité physique d'importants bénéfices pour la santé. On ignore cependant si c'est également le cas pour les enfants et les adolescents.

2.7 La santé mentale

Chez l'adulte, selon une méta-analyse effectuée en 1996 par deux psychologues de Montréal, l'activité physique est associée à des effets bénéfiques sur la santé mentale, ces effets n'étant pas aussi prépondérants que ne le porte à croire le discours populaire (Gauvin et Spence, 1996). On sait, par contre, que la pratique régulière d'activités physiques durant l'adolescence, tout comme à l'âge adulte, est associée à de meilleures dispositions psychologiques. Les jeunes physiquement

actifs ont une meilleure estime de soi et souffrent moins d'anxiété et de dépression (Calfas et Taylor, 1994).

C'est souvent l'amélioration de leur apparence physique et de leur image corporelle que les jeunes filles donnent comme motif de participation à des activités physiques. En règle générale, les jeunes qui pratiquent des activités sportives du type compétitif ont un niveau d'estime de soi supérieur à celui des jeunes qui participent à d'autres types d'activités; aucune différence en fonction du type de pratique n'est toutefois observée chez les enfants (Desharnais et Godin, 1995). Fait à signaler, les filles ont un degré d'estime de soi significativement inférieur à celui des garçons, indépendamment du type de pratique (Desharnais et Godin, 1995). L'effet positif sur l'estime de soi se manifeste davantage lorsque l'activité sportive est accompagnée de succès et qu'une récompense sociale y est associée (Dishman, 1989).

L'activité physique produit souvent un effet de relaxation dans les heures qui suivent sa pratique. Cet effet est d'autant plus marqué que la personne a un niveau d'anxiété élevé au départ. La plupart des études soutiennent que les jeunes qui sont actifs réussissent à mieux supporter les effets négatifs de l'anxiété ou à contrôler le stress et l'anxiété qu'ils ressentent (Calfas et Taylor, 1994; International Society of Sport Psychology, 1992). C'est surtout chez des jeunes qui faisaient de la course à pied ou d'autres activités d'intensité élevée qu'on a observé de tels effets anxiolytiques (Rowland, 1990). L'activité physique est aussi associée à une diminution des manifestations de dépression, sauf peut-être dans les cas les plus graves (International Society of Sport Psychology, 1992).

2.8 L'adaptation sociale

Le discours populaire veut que la pratique des sports favorise le développement social des jeunes tout en préparant ces derniers à la vie d'adulte. Il s'agit d'ailleurs là d'un des postulats de base du mouvement olympique (Comité international olympique, 1997; Davenport, 1996), lui-même inspiré de l'idéologie du système d'éducation britannique de la fin du XIX[e] siècle.

Dans le débat sur cette question qui a cours parmi les psychologues du sport, on souligne que, si le sport éloigne certains jeunes de la délinquance, on est souvent témoin de comportements déplorables dans le milieu sportif – violence, dopage et autres formes de tricherie, anorexie nerveuse, par exemple (LeBlanc et Dickson, 1997). Ainsi, la pratique d'un sport ne favorise pas toujours l'adoption de comportements sociaux sains. C'est d'ailleurs pour cette raison que les programmes de formation d'entraîneurs, comme celui qu'administre l'Association canadienne des entraîneurs en collaboration avec les fédérations sportives et les gouvernements des provinces et territoires, mettent autant l'accent sur le développement des compétences de l'entraîneur en matière de développement des qualités personnelles et civiques de l'athlète (LeBlanc et Dickson, 1997).

Même si les activités physiques et sportives n'ont peut-être pas, sur le plan du développement social, toutes les vertus que l'hagiographie sportive leur prête généralement (Dishman, 1989), les données dont on dispose présentement sur cette question nous portent à croire que, dans l'ensemble, la pratique d'activités physiques et sportives contribue au développement psychologique et social des jeunes, surtout si elle s'effectue avec un encadrement professionnel (Reid et autres, 1994).

Les quelque 600 000 jeunes du Québec que le niveau d'activité sportive a amenés à devenir membres d'une fédération sportive – environ 30 000 d'entre eux participeraient sérieusement à des programmes visant l'excellence sportive – ne sont sans doute pas tous aussi moroses que les jeunes qu'on décrit généralement. Par ailleurs, on prétend que certains des problèmes vécus présentement par beaucoup de jeunes dans notre société postmoderne résultent de l'absence de modèles de comportement auxquels ils pourraient s'identifier. Or, dans la pratique sportive encadrée, les jeunes trouveront bien souvent une ambiance et un code de comportement favorables au développement de leur compétence sociale.

Au cours d'une excellente étude menée auprès d'un vaste échantillon (12 272 élèves du secondaire) représentatif des jeunes Américains (Page et autres, 1998), on a observé que les adolescents et les adolescentes qui étaient membres d'équipes sportives risquaient moins de fumer la cigarette et de consommer des drogues illicites que ceux et celles qui ne l'étaient pas. Même si la pratique sportive n'avait pas d'effet sur la probabilité qu'elles aient eu des relations sexuelles, les adolescentes qui étaient membres d'une ou de deux équipes sportives avaient moins de chances d'avoir eu des maladies transmissibles sexuellement ou d'être déjà devenues enceintes. Parmi les élèves qui avaient déjà eu des relations sexuelles, la pratique sportive était significativement associée au fait de ne pas avoir plus de trois partenaires sexuels. Pour les filles autant que pour les garçons, la probabilité d'avoir porté une arme au cours des trente derniers jours précédant l'enquête et la probabilité d'avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année étaient plus faibles chez ceux et celles qui faisaient partie d'une ou deux équipes sportives que chez les non-sportifs.

Le tableau 5 résume les effets de l'activité physique sur divers aspects de la santé physique, mentale et sociale des enfants et des adolescents.

Malheureusement, les effets de l'activité physique pratiquée durant l'enfance et l'adolescence sur le bien-être et la santé à l'âge adulte sont méconnus (Sallis et Patrick, 1994). Il semble que la personne qui était en bonne condition physique lorsqu'elle était jeune n'en tire pas beaucoup d'avantages à l'âge adulte si elle n'a pas maintenu son activité physique, sauf peut-être en ce qui a trait à la densité osseuse.

Ainsi, ce qui importe en matière d'activité physique chez les jeunes, dans la perspective de la santé publique, c'est peut-être l'apprentissage des habiletés motrices de base et le développement du goût de l'activité physique, deux facteurs favorisant le maintien d'un mode de vie physiquement actif. Ce sont en tout cas les justifications fondamentales de plusieurs des avis publics diffusés par les organismes internationaux et nationaux en matière d'activité physique ou d'éducation physique des enfants et des adolescents (U.S. Department of Health and Human Services, 1999, 1996; Centers for Disease Control and Prevention, 1997; Sallis et Patrick, 1994).

TABLEAU 5
Synthèse des effets de l'activité physique sur divers aspects de la santé physique, mentale et sociale des jeunes, selon les études recensées

Aspect de la santé	Effet
Croissance, maturation, longueur des os, taille corporelle, maturation biologique	Données insuffisantes; s'il existe un seuil minimum d'activité physique nécessaire à une croissance normale, on ne le connaît pas.
Masse et densité osseuses	Effet favorable bien démontré des activités physiques imposant un stress mécanique important aux os; effet qui semble persister à l'âge adulte, même lorsqu'il y a diminution de l'activité physique.
Obésité	Effet favorable, peu prononcé mais bien démontré.
Dyslipidémies	Effet favorable démontré, surtout lorsque l'activité physique s'accompagne d'une perte de poids.
Hypertension et santé cardiovasculaire	Effet favorable démontré; ne persisterait à l'âge adulte que s'il y a poursuite de la pratique.
Condition physique	Effet pour lequel il existe une importante documentation; l'effet sur les déterminants de la condition physique dépend de la nature de l'exercice effectué; l'intensité de pratique doit être plus élevée pour susciter des effets sur la condition physique que pour en avoir sur la santé.
Santé mentale	Association observée entre l'activité physique et l'estime de soi, la réduction de l'anxiété et des symptômes de la dépression, sauf la dépression grave.
Adaptation sociale	Effet pour lequel il existe peu de documentation; effet moins prononcé que le discours populaire ne le laisse croire; effet sans doute plus marqué lorsque la pratique est encadrée.

3. Les interactions entre l'activité physique et les autres déterminants de la santé des jeunes

Les rares données dont on dispose sur la question des interactions entre l'activité physique des jeunes et les autres déterminants de leur santé sont issues, en majorité, d'études transversales. Les données corrélationnelles qui en découlent ne permettent pas de mettre en évidence une relation de cause à effet, mais on peut imaginer que d'autres déterminants de la santé des jeunes ont une influence, à un degré ou à un autre, sur leur activité physique. On est également fondé à croire que les jeunes physiquement actifs ont des habitudes de vie plus saines (voir la figure 7).

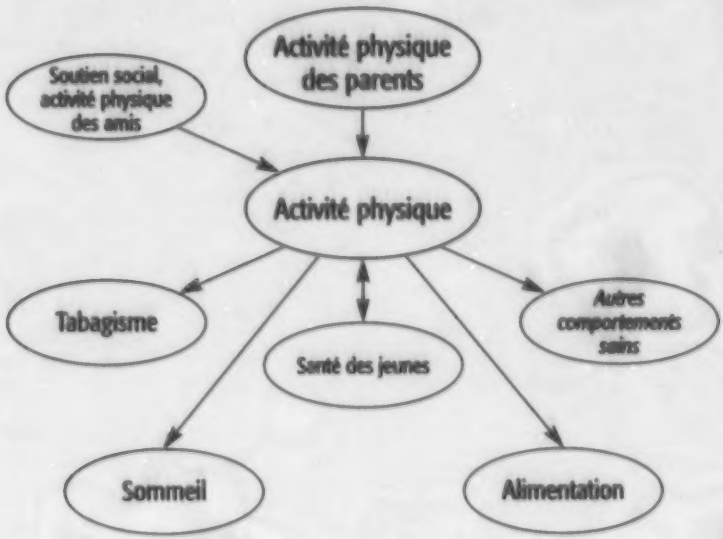


FIGURE 7
Liens possibles entre les déterminants de la santé des jeunes, l'activité physique et les autres habitudes de vie

3.1 Le soutien social et l'exemple donné par les parents

L'enfant a plus de chances de poursuivre la pratique d'activités physiques à l'adolescence si les enfants dans son entourage et ses parents sont également actifs (Ross et Pate, 1987) et si ces derniers l'encouragent et le soutiennent (O'Loughlin et autres, 1999; Biddle et Goudas, 1996; Sallis et autres, 1992).

On a déjà observé que la condition physique des enfants est inversement liée au temps qu'ils passent à regarder la télévision (Ross et Pate, 1987). Il paraît évident que, plus on laisse les enfants regarder la télévision souvent et longtemps, moins ils ont de temps à consacrer aux sports et aux jeux physiquement actifs.

Comme l'indique le tableau 6, certaines études, mais pas toutes, indiquent que les parents qui pratiquent eux-mêmes des activités physiques peuvent avoir une influence positive sur l'activité physique de leurs enfants. C'est ce qu'ont observé Moore et ses collaborateurs (1991), qui ont mesuré pendant cinq jours l'activité physique d'une centaine d'enfants âgés de 4 à 7 ans et celle de leurs parents. Parmi les familles où les deux parents étaient physiquement actifs, on trouvait une proportion d'enfants actifs 5,8 fois plus élevée que parmi les familles où les deux parents étaient inactifs. Il semble que l'activité des parents ait moins d'influence sur celle des jeunes adolescents que sur celle des enfants et des adolescents plus âgés (Oygard et Anderssen, 1998; Sallis et autres, 1992).

TABLEAU 6
Études dans lesquelles on a tenté de mettre en évidence un lien entre l'activité physique des enfants et celle de leurs parents

	Relation positive	Aucune relation
Âge préscolaire	Moore et autres, 1991; Poest et autres, 1989; Sallis et autres, 1988	
Élèves du primaire		McMurray et autres, 1993; Sallis et autres, 1992
Élèves de la 5e année à la 8e année	Stucky-Ropp et DiLorenzo, 1993; Anderssen et Wold, 1992; Sallis et autres, 1988; Butcher, 1985; Gottlieb et Chen, 1985	Biddle et Goudas, 1996; Garcia et autres, 1995; Stucky-Ropp et DiLorenzo, 1993; Sallis et autres, 1988
Adolescents plus âgés	Zakarian et autres, 1994; Reynolds et autres, 1990	

L'American Academy of Pediatrics (1992) recommande aux parents à la fois de faire découvrir à leurs enfants des sports qu'ils pourront pratiquer toute leur vie et de leur donner l'exemple en pratiquant eux-mêmes des activités physiques en leur compagnie. Il faut souligner que, chez les adolescents, le désir d'être en contact avec des pairs et de se faire de nouveaux amis est le motif le plus fréquemment invoqué pour pratiquer des activités physiques.

3.2 Les autres habitudes de vie saines

D'après un certain nombre d'études, les jeunes physiquement actifs ont tendance à avoir de bonnes habitudes de vie en général, mais les corrélations sont faibles (Blair, Jacobs et Powell, 1985). Ils ont généralement un mode de vie plus sain que les jeunes sédentaires ou moins actifs. La baisse progressive de la pratique d'activités physiques au cours de l'adolescence est étroitement associée à l'acquisition d'autres habitudes pouvant affecter la santé, comme le tabagisme.

Selon une étude effectuée récemment pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, 17,3 % des jeunes Québécois et 22,5 % des jeunes Québécoises âgés de 12 à 17 ans (de la première à la cinquième année du secondaire) font un usage régulier du tabac (Institut de la statistique du Québec, 1999). Or, les jeunes qui ne fument pas ont un niveau de participation plus élevé aux activités physiques que ceux qui fument occasionnellement ou régulièrement. Un sondage réalisé auprès de jeunes de la région du Saguenay a permis de constater que les fumeurs réguliers étaient plus souvent inactifs et pratiquaient moins souvent des activités physiques (Veillette et autres, 1998). Avec le temps, les fumeurs réguliers ont également tendance à diminuer leur activité physique de façon plus prononcée que les non-fumeurs (Desharnais et Godin, 1995).

Ces observations corrélationnelles ne prouvent pas que les jeunes qu'on aura réussi à convaincre de demeurer physiquement actifs auront moins de chances de s'adonner au tabagisme. C'est toutefois ce que suggère une étude longitudinale, menée au Québec, au cours de laquelle on a observé qu'il y a moins de fumeurs dans un groupe de cent cinquante hommes qui, vingt ans plus tôt, avaient suivi un programme quotidien enrichi d'éducation physique à l'école primaire, comparativement à un groupe témoin (Trudeau et autres, 1999).

Par ailleurs, il semble que les jeunes plus actifs s'alimentent mieux et ont de meilleures habitudes de sommeil. En effet, l'Enquête sur la condition des Canadiens de 1982 révèle que les jeunes les plus actifs sont plus enclins à prendre régulièrement un petit déjeuner et à dormir un nombre d'heures suffisant, de sept à neuf, toutes les nuits (Condition physique et sport amateur, 1983).

---

4. L'activité physique des enfants et des adolescents du Québec

4.1 La diminution des taux de pratique à l'adolescence

Les rares données dont on dispose sur l'activité physique des jeunes tendent à confirmer l'opinion généralement répandue selon laquelle les enfants sont passablement actifs, mais qu'une forte proportion d'entre eux, au cours de l'adolescence,

ont une activité trop faible pour en retirer des bénéfices sur le plan du bien-être et de la santé. Au cours d'une étude longitudinale menée auprès d'élèves d'une école polyvalente du Québec, Desharnais et Godin (1995) ont observé que 57 % des jeunes pouvaient être considérés comme physiquement actifs à leur entrée au secondaire (12 ou 13 ans), cette proportion diminuant à 38 % vers l'âge de 15 ou 16 ans. Une analyse récente portant sur le nombre de membres des fédérations sportives québécoises par tranche d'âge révèle que celui-ci augmente jusqu'à l'âge de 15 ans chez les filles et de 14 ans chez les garçons, puis diminue de façon marquée (Secrétariat au loisir et au sport, 2001). Ces observations confirment celles des grandes enquêtes américaines inventoriées dans le rapport du Surgeon General sur l'activité physique et la santé (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Selon ce rapport, la prévalence de la sédentarité aux États-Unis est particulièrement élevée à la fin de l'adolescence, touchant 20 % des jeunes de 19 ans, comparativement à ce qu'elle est au début de l'adolescence alors qu'elle ne concerne que 8 % des jeunes de 12 ans, ce qui représente une diminution globale de l'activité physique d'environ 50 % entre l'enfance et la fin de l'adolescence (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Sallis et autres, 1992; Rowland, 1990).

Au Canada, selon le Sondage indicateur de l'activité physique de 1998 mené par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (2000), le nombre total d'heures d'activité physique, qui est de 25 par semaine chez les jeunes enfants de 1 à 4 ans, passe à 18 heures par semaine chez les enfants de 5 à 12 ans, puis à 15 heures par semaine chez les adolescents de 13 à 17 ans. Le nombre d'heures d'activité physique est plus grand chez les garçons que chez les filles parmi les enfants de 1 à 4 ans et parmi les adolescents de 16 ou 17 ans (voir le tableau 7).

Selon cette enquête, parmi les enfants et les jeunes de 5 à 17 ans, 3 sur 5 n'atteignent pas la dépense énergétique associée à l'activité physique de 8 kilocalories par kilogramme de poids corporel par jour, soit la quantité minimale pour en retirer des bénéfices selon l'avis émis par Corbin et ses collaborateurs (1994). À titre d'illustration, ce seuil d'activité équivaut à s'adonner à des jeux d'intensité assez élevée pendant une demi-heure et à accumuler un total d'une heure de marche pendant la journée. Les adolescents sont moins actifs que les enfants : 43 % des enfants de 5 à 12 ans et seulement 33 % des adolescents de 13 à 17 ans franchissent ce seuil d'activité physique. En 1998, comme au moment de l'enquête canadienne de 1995, les garçons sont plus actifs que les filles. L'échantillon de cette enquête n'étant malheureusement pas assez grand, il n'est pas possible de vérifier si ces conclusions s'appliquent de la même façon pour le Québec que pour l'ensemble du Canada. D'autre part, dans cette enquête, l'activité physique des jeunes était évaluée par les parents, ce qui peut semer le doute sur la valeur des données.

Les données québécoises (voir la figure 8) et américaines (voir la figure 9), issues d'enquêtes dans lesquelles les jeunes sont interrogés directement sur l'activité

TABLEAU 7
Activité physique des jeunes enfants, des enfants et des adolescents

	Jeunes enfants (de 1 à 4 ans)	Enfants (de 5 à 11 ans)	Adolescents (de 12 à 17 ans)
Activité physique hebdomadaire (h/sem.)	25[1]	18[2]	15
Activité physique à la maison (h/sem.)		10	6[3]
Activité physique à l'école, en dehors des cours d'éducation physique (h/sem.)		4	4
Cours d'éducation physique (h/sem.)		3	3
Pratiquent des activités physiques à l'école, en dehors des cours d'éducation physique		50 %	47 %
Suivent des cours d'éducation physique		80 %	70 %

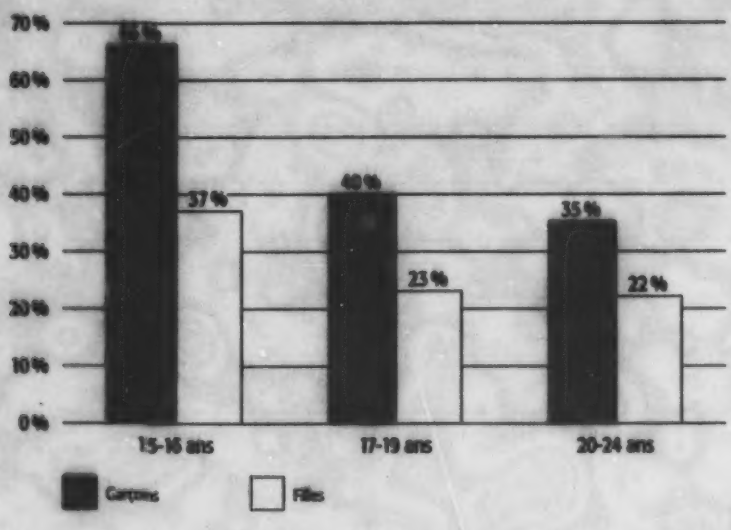
1. Six heures par semaine de plus chez les garçons que chez les filles.
2. Petite différence entre les sexes.
3. Ne s'applique qu'aux deux tiers des adolescents.

Note : Données tirées du document intitulé *Sondage indicateur de l'activité physique 1998 : Résultats sur les jeunes (3 thématiques)*, publié en 2000 par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

physique, confirment que l'activité physique diminue avec l'âge au cours de l'adolescence (Nolin, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Soulignons au passage que ces données ne permettent pas de comparer l'activité des jeunes du Québec et celle des jeunes des États-Unis, la méthode de mesure de l'activité physique étant différente dans les deux études citées.

4.2 La diminution de l'activité physique au cours des dernières années

On a peu de données prouvant que la prévalence de la sédentarité a augmenté chez les enfants ou les adolescents du Québec au cours des dernières années; toutefois, on évoque souvent la sédentarité pour expliquer la hausse, observée entre 1987 et 1993, de la proportion des jeunes de 15 à 24 ans aux prises avec un problème d'excès de poids (voir la figure 6). Du moins, c'est ainsi qu'on explique l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les jeunes Américains.

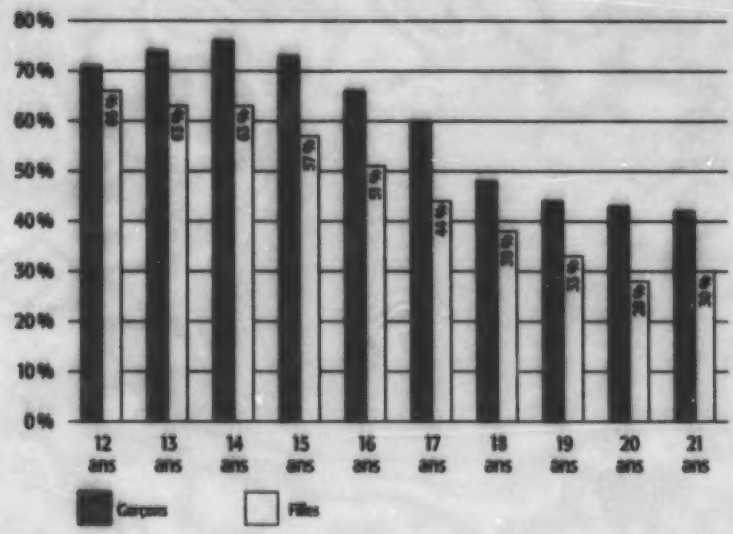


Note: Données extraites du document de B. Nolin (1999) intitulé *Enquêtes sociales et de santé 1992-1993 et 1998* (données non publiées).

FIGURE 8
Fréquence de la pratique d'activités physiques selon la catégorie d'âge, au Québec

À l'occasion d'une étude récente, on a observé que les proportions de jeunes Américains qui n'avaient pas participé à des activités d'intensité moyenne ni même faible dans les sept jours précédant l'enquête atteignaient respectivement 6 % et 9 % chez les adolescents et les adolescentes âgés de 14 ou 15 ans (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Chose certaine, nombre d'éléments de la vie moderne peuvent entraîner plus d'adolescents vers un mode de vie sédentaire (voir le tableau 8).

En 1981, 70 % des jeunes Canadiens et 64 % des jeunes Québécois âgés de 10 à 19 ans prétendaient être physiquement actifs en dehors de l'école ou du travail pendant au moins 3 heures par semaine, 9 mois par année (Condition physique et sport amateur, 1983). Ce taux de participation passait à 90 % dans l'enquête Campbell de 1988, qui utilisait sensiblement le même questionnaire (Stephens et Craig, 1990). Par contre, la proportion de jeunes Québécois suffisamment actifs apparaît moindre, se situant à environ 50 %, si l'on utilise comme critère la pratique hebdomadaire d'activités physiques pendant 3 périodes de 30 minutes chacune. Ces conclusions vont dans le même sens que celles des enquêtes américaines (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Malina, 1995).



Note: Données extraites du document intitulé *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, publié en 1996 par le U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.

FIGURE 9
Fréquence de la pratique d'activités physiques selon la catégorie d'âge, aux États-Unis

4.3 La prépondérance de la sédentarité parmi les jeunes

Comme l'indique le tableau 9, le pourcentage de la population québécoise âgée de 15 à 19 ans dont l'activité physique n'atteint pas le niveau minimum recommandé par les autorités scientifiques et médicales (U.S. Department of Health and Human Services, 1999; Sallis et Patrick, 1994) est élevé (Nolin, Godin et Prud'homme, 2000). En effet, 14 % des garçons et 27 % des filles âgés de 15 ou 16 ans font moins d'une fois par semaine une activité physique (intense ou non) de 20 à 30 minutes. Ces pourcentages sont de 30 % et 35 % respectivement parmi les jeunes garçons et filles de 17 à 19 ans. En ce qui a trait aux activités physiques d'intensité moyenne ou élevée, 27 % des garçons et 45 % des filles en ont pratiqué moins d'une fois par semaine (c'est-à-dire à l'occasion seulement), tandis que 8 % et 17 % respectivement n'en ont pas pratiqué du tout au cours des trois mois précédant l'enquête. La situation est sensiblement la même aux États-Unis, où le pourcentage de jeunes considérés comme trop peu actifs varie entre 6 % et 19 % selon le sexe et la catégorie d'âge (U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

TABLEAU 8
Éléments de la vie moderne susceptibles d'entraîner plus d'adolescents vers un mode de vie sédentaire

- De moins en moins de jeunes Québécois se rendent à l'école à pied.
- Plusieurs loisirs où le corps est presque inactif, tels que les jeux électroniques, le cinéma-maison, l'utilisation d'un ordinateur et l'écoute de canaux spécialisés de télévision, sont en vogue : les jeunes passent en moyenne quinze heures par semaine à regarder la télévision (Katzmarzyk et autres, 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 1996) et le nombre d'heures consacrées aux jeux électroniques et à la navigation sur Internet est en hausse constante (King, Boyce et King, 1999; Katzmarzyk et autres, 1998).
- Le temps consacré à l'éducation physique et à l'apprentissage d'habiletés motrices à l'école est en déclin.
- Les parents semblent moins enclins à envoyer jouer leurs enfants dans des parcs, qui leur paraissent moins sûrs qu'auparavant.
- On a construit les centres commerciaux en tenant pour acquis que les gens s'y rendraient en voiture ; de plus, les nouveaux quartiers résidentiels sont éloignés des centres de services, si bien qu'il est difficile de s'y rendre à pied ou à bicyclette.
- Le trafic routier dans les grands centres urbains est de plus en plus dense, ce qui rend périlleuse l'utilisation de la bicyclette pour la randonnée, pour faire de l'exercice physique ou pour se rendre à l'école.

4.4 L'activité physique pendant les cours d'éducation physique

Au cours des années, la pratique d'activités physiques à l'école a diminué considérablement en Amérique du Nord (Centers for Disease Control and Prevention, 1997). En 1990, 75 % des écoles québécoises ne suivaient pas la recommandation du ministère de l'Éducation d'offrir aux élèves une période minimale de 120 minutes par semaine consacrée à l'éducation physique. Ces écoles offraient en moyenne seulement 81 minutes d'éducation physique par semaine au primaire et 61 au secondaire. Or, en général, un élève n'est actif que pendant une petite partie (environ le quart) d'un cours d'éducation physique (McKenzie et autres, 1996; McKenzie et autres, 1995; Sallis et Patrick, 1994; Simons-Morton et autres, 1994, 1993; Simons-Morton, Parcel et Baranowski, 1991; ministère de l'Éducation du Québec, 1990). L'Organisation mondiale de la santé recommandait, en 1982, que les jeunes puissent compter sur une période quotidienne d'activités physiques dans les programmes scolaires et parascolaires (World Health Organization, 1982).

4.5 La condition physique

En général, la condition physique des enfants est jugée acceptable, ce qui n'est pas nécessairement le cas chez les adolescents. Au moment de l'enquête canadienne

de 1982 sur la condition physique, 75 % des enfants âgés de 7 à 10 ans atteignaient les niveaux recommandés de condition cardiovasculaire pour leur âge selon les résultats obtenus au Physitest aérobie canadien (Condition physique et sport amateur, 1983). Toutefois, seulement 37 % des adolescents de 15 à 19 ans atteignaient les niveaux recommandés de condition cardiorespiratoire. La diminution de la condition physique cardiorespiratoire avec l'âge affecte autant les garçons que les filles. Les résultats de l'évaluation de la condition physique de l'ensemble des étudiants du cégep Lévis-Lauzon en 1999 révèlent que 55 % des garçons et 40 % des filles ont un pourcentage de graisse qui se situe à un niveau entraînant des risques pour la santé. La consommation maximale d'oxygène des étudiantes de 17 à 20 ans a diminué sensiblement depuis 1981 et celle des étudiants du même âge, elle, a diminué considérablement pendant la même période, ces chutes étant de 2,6 % et de 14,3 % respectivement (Chiasson, 1999).

TABLEAU 9
Pourcentage de jeunes dont l'activité physique est faible ou très faible, au Québec et aux États-Unis

Population et année	Indicateur	Catégorie d'âge	Prévalence	
			Garçons	Filles
Québec, 1998	Moins d'une séance de 20 à 30 minutes par semaine au cours des 3 derniers mois (collecte de données répartie sur 12 mois consécutifs)	15-16 ans	14 %	27 %
		17-19 ans	30 %	35 %
Québec, 1998	Aucune séance de 20 à 30 minutes au cours des 3 derniers mois (collecte de données répartie sur 12 mois consécutifs)	15-19 ans	7 %	9 %
Québec, 1998	Aucune séance de 20 minutes ou plus, intensité moyenne ou plus élevée[1], au cours des 3 derniers mois (collecte de données répartie sur 4 trimestres consécutifs)	15-19 ans	8 %	17 %
	Moins d'une séance de 20 minutes ou plus, intensité moyenne ou plus élevée[1], au cours des 3 derniers mois (collecte de données répartie sur 4 trimestres consécutifs)	15-19 ans	27 %	45 %
États-Unis, 1995	Aucune séance de 20 minutes ou plus, au cours des 7 derniers jours; des activités qui font transpirer et respirer rapidement (collecte de données effectuée au printemps)	14-15 ans	6 %	9 %
		15-16 ans	5 %	9 %
		16-17 ans	8 %	18 %
		17-18 ans	10 %	19 %

1. Demandant 40 % ou plus de la puissance aérobie de réserve estimée pour l'âge.

5. Les interventions susceptibles d'augmenter l'activité physique des jeunes : facteurs à considérer

5.1 Les motifs des efforts pour la promotion de l'activité physique auprès des jeunes

Les autorités scientifiques et médicales compétentes recommandent que l'on fasse la promotion de la pratique sportive et d'un mode de vie physiquement actif auprès des jeunes (Société canadienne de physiologie de l'exercice, en préparation; Barlow et Dietz, 1998; Comité sur l'activité physique, le sport et la santé de l'Organisation mondiale de la santé et de la Fédération internationale de la médecine du sport, 1998; Caspersen, Nixon et Durant, 1997; Centers for Disease Control and Prevention, 1997; Leon, 1997; The President Council on Physical Fitness and Sports, 1997; Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1996, 1991; Bar-Or et Malina, 1995; Bouchard, Shephard et Stephens, 1994; Corbin et autres, 1994; Sallis et Patrick, 1994; American Academy of Pediatrics, 1992; Després, Bouchard et Malina, 1990; Blair et autres, 1989; American College of Sports Medicine, 1988; Simons-Morton et autres, 1987). Trois raisons principales les incitent à faire cette recommandation.

Premièrement, comme on l'a souligné précédemment, la pratique sportive et un mode de vie physiquement actif sont des facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être immédiats des jeunes ainsi qu'à ce qu'il est convenu d'appeler leur adaptation sociale. Deuxièmement, ces facteurs contribueraient à la santé à l'âge adulte, que la personne demeure active ou non. Cet effet est par contre moins certain, il serait moins marqué que l'effet immédiat et ne porterait que sur un nombre limité de facteurs de la santé. Troisièmement, on croit que les jeunes actifs ont plus de chances d'être actifs à l'âge adulte (Taylor et autres, 1999; Sallis et Patrick, 1994).

À ce propos, on sait que les habitudes d'activité physique et les attitudes développées en cette matière durant la période de croissance, particulièrement à l'adolescence, influent dans une certaine mesure sur le mode de vie adopté plus tard, à l'âge adulte (Malina, 1996). Par contre, la corrélation entre la pratique d'activités physiques au cours de la croissance, d'une part, et à l'âge adulte, d'autre part, est plutôt faible (Taylor et autres, 1999; Aaron et LaPorte, 1997; Malina, 1996). Toutefois, il semble que les jeunes qui ont de bonnes habiletés motrices et qui pratiquent des activités à caractère sportif sont plus enclins à être actifs à l'âge adulte (Malina, 1995).

Au cours d'une étude longitudinale effectuée au Québec (Trudeau et autres, 1999), on a observé que les femmes qui ont participé environ vingt ans plus tôt à

un programme enrichi d'éducation physique à l'école élémentaire, dans lequel elles avaient cinq heures de cours d'éducation physique par semaine, sont plus susceptibles à l'âge adulte de s'entraîner vigoureusement trois fois par semaine, comparativement aux femmes d'un groupe témoin qui ont eu seulement quarante minutes de cours d'éducation physique par semaine à l'école primaire; les proportions étaient de 35 % contre 20 %. Cette différence ne se remarquait toutefois pas chez les hommes. On a par ailleurs observé que la participation à des activités physiques extrascolaires était davantage corrélée à l'activité physique à l'âge adulte que la participation à des cours d'éducation physique (White et Curtis, 1990).

5.2 Les raisons de la non-participation à des activités physiques

Le manque de temps, en raison des études ou d'autres facteurs, est un des obstacles à la pratique d'activités physiques couramment mentionné dans les sondages effectués auprès des jeunes (Desharnais et Godin, 1995). Le coût associé à la pratique d'activités physiques est un autre obstacle à la participation pour 33 % d'entre eux. Le sentiment de ne pas avoir accès à des installations adéquates, accessibles, confortables, sécuritaires et à proximité de la maison suit, dans l'ordre (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Desharnais et Godin, 1995). La communauté ne peut généralement pas utiliser les installations sportives des écoles en dehors de l'horaire scolaire. De plus, la population n'a pas toujours accès à des pistes cyclables ou à des sentiers pédestres sécuritaires pour faciliter le trajet des enfants vers l'école (U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

5.3 Les facteurs qui déterminent l'activité physique des jeunes

La participation des jeunes est déterminée par de nombreux facteurs, de nature physiologique, psychologique, démographique ou environnementale, qui agissent en interaction pour influer sur le comportement – soit positivement, en favorisant la pratique d'activités physiques, soit négativement, en y faisant obstacle. Dans l'ensemble, plusieurs déterminants du comportement des jeunes à l'égard de l'activité physique sont les mêmes que chez les adultes (U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

5.3.1 Les facteurs personnels

Le plaisir, le désir de se sentir mieux, l'amélioration des habiletés motrices et le plaisir d'être entre amis sont parmi les plus importants motifs de participation des jeunes à des activités physiques et sportives. La plupart des études indiquent que le plaisir retiré de la pratique d'activités physiques est le motif prioritaire chez les jeunes (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Desharnais, 1991). Au cours d'une recherche portant sur de jeunes lutteurs âgés

de 9 à 14 ans, on a observé que le plaisir ressenti par les pratiquants était fortement associé à la satisfaction des parents et des entraîneurs ainsi qu'au niveau de participation des adultes à l'organisation de leur sport (Scanlan et Lewthwaite, 1986). Chez des joueurs de hockey âgés de 7 à 15 ans, le sentiment d'avoir bien joué et la perception du défi, plus que le désir de gagner, étaient les meilleurs déterminants du plaisir (Wankel et Sefton, 1989). Par contre, la recherche de la performance et du rendement associée à la pratique d'activités sportives peut être perçue par plusieurs jeunes comme une pression suffisamment désagréable pour les inciter à l'abandon et au désintérêt (LeBlanc et Dickson, 1997; Desharnais, 1991).

La pratique d'activités physiques chez les jeunes est fortement influencée par l'attente de bénéfices concrets à court terme (Desharnais, 1991). Par exemple, un jeune sera enclin à être actif si cela lui permet d'en retirer du plaisir immédiatement. Les bénéfices pour la santé qui peuvent en découler plus tard, à l'âge adulte, ont cependant peu d'effet sur la motivation de l'enfant et de l'adolescent. L'enquête Condition physique Canada de 1981 a d'ailleurs permis d'observer que les jeunes sont peu conscients des bénéfices que procurent l'activité physique et la bonne forme physique (Condition physique et sport amateur, 1983).

5.3.2 Les attitudes par rapport à l'activité physique

Une attitude positive par rapport à l'activité physique peut inciter à passer à la pratique d'activités physiques. Par exemple, les jeunes qui ont confiance en leurs capacités physiques ont tendance à être plus actifs physiquement à l'adolescence (Malina, 1996; Sallis et autres, 1992). De plus, une personne est prête à s'engager dans la pratique d'activités physiques lorsqu'elle est convaincue qu'elle peut en retirer davantage de bénéfices que d'inconvénients (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Notons que, pour être efficace, l'activité physique doit aussi être perçue comme pouvant contribuer à l'atteinte d'objectifs prioritaires, par exemple l'obtention de meilleurs résultats scolaires, sinon cela pourrait n'avoir qu'une portée réelle limitée sur le niveau de participation à l'activité physique (Desharnais et Godin, 1995). Enfin, les garçons sont plus enclins que les filles à croire que l'activité physique régulière est importante pour leur santé (Condition physique et sport amateur, 1983).

5.3.3 Les préférences personnelles

Les enfants aiment explorer leur environnement immédiat par le mouvement, la manipulation et le jeu. Quant aux adolescents, ils préfèrent généralement les activités qui comportent une certaine forme d'aventure, de défi et de risque. Ils sont également attirés par les programmes qui n'exigent pas d'engagement à long terme et qui mettent l'accent sur l'amusement, la participation et les aspects sociaux. Les adolescentes attachent, quant à elles, une grande importance à l'apparence physique et à l'aspect social associés à la pratique d'activités physiques.

5.3.4 L'accessibilité aux services

Un environnement approprié motive les jeunes à pratiquer des activités physiques. Par exemple, un environnement qui permet d'acquérir des habiletés motrices et de se lancer des défis, sans qu'il y ait une menace constante de blessures ou de critiques de la part de l'entraîneur ou des parents, encourage la pratique d'activités physiques chez la plupart des enfants (Dishman, 1989). La facilité d'accès à des espaces en plein air, à des installations ou à un centre sportif peut aussi influer sur la décision qu'un jeune prendra de pratiquer ou non une activité physique durant ses loisirs. Un jeune qui vient d'un milieu défavorisé sur le plan socio-économique aura moins d'occasions de pratiquer des activités physiques en dehors de l'école (O'Loughlin et autres, 1999; Sallis et autres, 1992). L'accessibilité aux installations sportives des écoles en dehors des heures de classe est donc particulièrement importante (O'Loughlin et autres, 1999). Par ailleurs, il est essentiel de créer un environnement sûr. Les parents seraient réticents à envoyer leurs enfants jouer au parc si celui-ci présentait un certain danger (Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1997).

5.3.5 Les facteurs sociaux

Le soutien social est un facteur qui aide les jeunes à adopter un mode de vie actif. Un jeune aura plus tendance à s'engager dans la pratique d'activités physiques s'il est convaincu que les personnes importantes et influentes dans son entourage immédiat appprouvent de tels comportements. Ainsi, les jeunes sont influencés dans leur comportement par la norme sociale représentée par les modèles auxquels ils s'identifient, par exemple une vedette sportive (Desharnais, 1991). Plusieurs études révèlent que les jeunes qui sont davantage encouragés et soutenus dans leur pratique par leurs parents et leurs meilleurs amis demeurent davantage actifs au cours de l'adolescence (O'Loughlin et autres, 1999; Biddle et Goudas, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Sallis et autres, 1992).

La dimension sociale joue également un rôle déterminant. On a plus de chances de participer à certaines activités si les amis le font. Ainsi, se retrouver avec des amis ou faire de nouvelles connaissances font partie des raisons qui incitent les jeunes à pratiquer des sports et des activités physiques. Comme on l'a mentionné précédemment, les parents qui pratiquent eux-mêmes des activités physiques auront une influence positive sur la participation de leurs jeunes (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Desharnais et Godin, 1995; Sallis et autres, 1992), mais cet effet est moins prononcé chez les adolescents que chez les enfants (Oygard et Anderssen, 1998; Sallis et autres, 1992).

5.4 Les résultats des efforts pour la promotion de l'activité physique auprès des jeunes

Le rapport du Surgeon General des États-Unis sur l'activité physique et la santé (U.S. Department of Health and Human Services, 1996) présente les conclusions des études visant à évaluer le succès des programmes de promotion de l'activité physique s'adressant aux jeunes. Soulignons que l'objectif du programme américain *Healthy People 2000* était de porter à 75 % la proportion de jeunes qui pratiquent des activités physiques à une intensité moyenne ou vigoureuse 3 fois par semaine, à raison de 20 minutes au moins par séance (U.S. Department of Health and Human Services, 1991). La majorité des programmes étudiés sont implantés en milieu scolaire, particulièrement au primaire. Dans l'ensemble, les mesures de promotion réussissaient à susciter une augmentation de l'activité physique des enfants, surtout si elles consistaient en un enrichissement des cours d'éducation physique par des activités d'intensité élevée. Cependant, on ne dispose d'aucune donnée permettant de cerner précisément comment il faudrait intervenir auprès d'élèves du secondaire. Il semble que les programmes qui ont le plus de chances de succès sont ceux qui mettent à profit les ressources de tous les secteurs, en l'occurrence l'éducation physique, les activités parascolaires et l'éducation à la santé (U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

6. Recommandations

Compte tenu des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé immédiate et future des jeunes ainsi que des avantages sociaux qui en découlent, la promotion d'un mode de vie physiquement actif est l'affaire de tous : parents, professionnels de la santé, enseignants, décideurs publics, responsables des programmes scolaires et sportifs, etc. Les principaux avis publics émanant des autorités scientifiques et médicales, notamment le premier consensus international sur l'activité physique des jeunes (Sallis et Patrick, 1994) et les recommandations des Centers for Disease Control and Prevention (1997) vont dans ce sens.

Ainsi, en tenant compte de la réalité québécoise, on peut formuler les recommandations suivantes :

- Tous les enfants et tous les adolescents devraient être physiquement actifs tous les jours ou presque, à l'école, à la maison ou en plein air, en pratiquant des activités physiques variées qui s'intègrent harmonieusement à leurs habitudes de vie : sport, entraînement structuré et éducation physique, mais également déplacement et loisir actif. De plus, ils devraient pratiquer des activités physiques d'intensité moyenne ou plus élevée, 3 fois ou plus chaque semaine, pendant au moins 20 minutes par séance. Il peut s'agir d'activités

physiques individuelles de locomotion comme la bicyclette, le patinage et le ski de fond, de sports collectifs tels que le hockey, le basket-ball, le soccer et le volley-ball, de sports de raquette ou encore de danse, de ski alpin et de surf des neiges et, pour les adolescents seulement, d'entraînement musculaire avec résistance (musculation).

- Les stratégies à grande échelle visant à accroître l'activité physique des enfants et des adolescents doivent respecter le profil, les sources de motivation et la culture de ces jeunes. Elles doivent cibler l'entourage des jeunes au moins autant que les jeunes eux-mêmes et viser la mise en place de conditions favorables sur tous les plans : installations, équipements, programmes scolaires et sportifs, horaires de transport, encadrement, etc.
- Les programmes scolaires du primaire et du secondaire devraient comporter une période quotidienne d'activité physique (cours d'éducation physique proprement dit, activités parascolaires ou autres) mettant l'accent sur le plaisir et l'apprentissage d'habiletés motrices, dans une perspective d'éducation à la santé, de changement de comportement et d'acquisition de saines habitudes de vie.
- En dehors de l'école également, il faut encourager la participation des jeunes à des activités physiques qui leur procureront du plaisir tout en leur permettant d'acquérir des habiletés motrices qui leur seront utiles toute leur vie.
- Les parents doivent encourager leurs enfants à aller jouer dehors, les aider à acquérir les habiletés motrices de base pour qu'ils puissent courir, grimper, sauter, ou encore lancer et attraper un objet, etc., et leur faire découvrir des activités physiques qu'ils pourront pratiquer toute leur vie, comme la natation, la bicyclette ou le patinage. Ils devraient leur donner l'exemple en faisant de l'activité physique avec eux. Le temps que les jeunes peuvent consacrer à des loisirs où leur corps est peu actif, comme regarder la télévision ou jouer à des jeux électroniques, devrait être limité à un niveau raisonnable.
- Il faut rendre accessibles à tous les jeunes les installations et les équipements sportifs des établissements d'enseignement, autant que ceux des municipalités, durant les pauses et en dehors des heures de classe, y compris la fin de semaine. Cela peut supposer d'offrir un service de transport à certaines heures permettant aux élèves qui habitent loin de l'école de participer aux activités parascolaires à leur guise.
- Les organismes sportifs locaux, les établissements scolaires et les services municipaux concernés par la participation des jeunes à des activités physiques devraient se concerter pour offrir des programmes sportifs variés, convenant aux horaires des jeunes.

- Les programmes de sensibilisation doivent prêter une attention particulière aux jeunes filles et aux adolescentes, surtout celles qui sont disposées à un mode de vie sédentaire. Il faut notamment leur offrir un éventail d'activités physiques qui favorisent les échanges entre participants.
- Aux jeunes qui ont un excès de poids, il faut proposer des activités qui suscitent une augmentation importante de la dépense énergétique – par exemple des activités de locomotion comme la marche, le ski de fond ou la bicyclette –, une alimentation appropriée et un changement des habitudes de vie, en fixant des objectifs à long terme.
- Il faut favoriser le développement des structures d'encadrement sportif à tous les niveaux de pratique, de l'initiation au haut niveau en passant par la récréation et la compétition. Les personnes chargées d'animer les activités, d'initier les jeunes ou de les entraîner devraient avoir les connaissances requises pour pouvoir jouer pleinement leur rôle en matière de développement de la compétence sociale des jeunes.

N.B. : Le présent texte constitue le fonds de connaissances dont s'inspire l'avis du comité scientifique de Kino-Québec portant sur l'activité physique en tant que facteur de santé des jeunes [http ://www.kino-quebec.qc.ca/recherch/fs_rec.htm]. Présidé par M. François Péronnet, Ph. D., directeur du Département de kinésiologie de l'Université de Montréal, le comité scientifique de Kino-Québec a bénéficié de l'appui d'un agent de recherche, M. Paul Boisvert, Ph. D. (Chaire de recherche sur l'obésité de l'Université Laval). La D[re] Élise Martin, pédiatre, déléguée de l'Association des pédiatres du Québec, s'est jointe au comité scientifique de Kino-Québec pour la validation du présent texte. M. Bertrand Nolin, M. Sc., de la Direction de la santé publique de Québec (Kino-Québec), a participé à la révision des parties présentant les statistiques.

RÉFÉRENCES

AARON, D.J., et R.E. LAPORTE (1997). « Physical activity, adolescence, and health : An epidemiological perspective », dans J.O. Holloszy (sous la dir. de), *Exercise and Sport Sciences Reviews*, vol. 25, p. 391-405.

ALPERT, B.S., et J.H. WILMORE (1994). « Physical activity and blood pressure in adolescents », dans J.F. Sallis (sous la dir. de), *Physical Activity Guidelines for Adolescents*, p. 361-380. (Pediatric Exercise Science, vol. 6, nº 4)

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1992). « Fitness, activity, and sports participation in the preschool children », *Pediatrics*, vol. 90, nº 6, p. 1002-1004.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (1998). « ACSM position stand on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness and flexibility in healthy adults », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 30, nº 6, p. 975-991.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (1988). « Physical fitness in children and youth », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 20, nº 4, p. 422-423.

ANDERSSEN, N., et B. WOLD (1992). « Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 63, nº 4, p. 341-348.

ARMSTRONG, N., et B. SIMONS-MORTON (1994). « Physical activity and blood lipids in adolescents », dans J.F. Sallis (sous la dir. de), *Physical Activity Guidelines for Adolescents*, p. 381-405. (Pediatric Exercise Science, vol. 6, nº 4)

BAILEY, D.A. (1996). « The role of physical activity in the regulation of bone mass during growth », dans O. Bar-Or (sous la dir. de), *The Child and Adolescent Athlete*, Oxford, Blackwell Science et Comité international olympique, p. 138-152.

BAILEY, D.A., R.A. FAULKNER et H.A. McKAY (1997). « Growth, physical activity, and bone mineral acquisition », dans J.O. Holloszy (sous la dir. de), *Exercise and Sport Sciences Reviews*, vol. 25, p. 233-266.

BAILEY, D.A., et A.D. MARTIN (1994). « Physical activity and skeletal health in adolescents », dans J.F. Sallis (sous la dir. de), *Physical Activity Guidelines for Adolescents*, vol. 6, nº 4, p. 330-347. (Pediatric Exercise Science, vol. 6, nº 4)

BARANOWSKI, T., et autres (1992). « Assessment, prevalence, and cardiovascular benefits of physical activity and fitness in youth », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 24, nº 6, (suppl.), p. S237-S247.

BARLOW, S.E., et W.H. DIETZ (1998). « Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations », *Pediatrics*, vol. 102, nº 3, p. E29.

BAR-OR, O. (1994). « Childhood and adolescent physical activity and fitness and adult risk profile », dans C. Bouchard, R.J. Shephard et T. Stephens (sous la dir. de), *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, p. 931-942.

BAR-OR, O., et autres (1998). « Physical activity, genetic and nutritional considerations in childhood weight management », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 30, nº 1, p. 2-10.

BAR-OR, O., et T. BARANOWSKI (1994). « Physical activity, adiposity, and obesity among adolescents », dans J.F. Sallis (sous la dir. de), *Physical Activity Guidelines for Adolescents*, p. 348-360. (Pediatric Exercise Science, vol. 6, nº 4)

BAR-OR, O., et R.M. MALINA (1995). « Activity, fitness, and health of children and adolescents », dans L.W.Y. Cheung et J.B. Richmond (sous la dir. de), *Child Health, Nutrition, and Physical Activity*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, p. 79-123.

BERENSON, G.S., et autres (1998). « Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults », *New England Journal of Medicine*, vol. 338, nº 23, p. 1650-1656.

BIDDLE, S., et M. GOUDAS (1996). « Analysis of children's physical activity and its association with adult encouragement and social cognitive variables », *Journal of School Health*, vol. 66, nº 2, p. 75-78.

BLAIR, S.N., et autres (1989). « Exercise and fitness in childhood: Implications for a lifetime of health », dans C.V. Gisolfi et D.R. Lamb (sous la dir. de), *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*, vol. 2: *Youth, Exercise, and Sport*, Indianapolis (Indiana), Benchmark Press, p. 401-430.

BLAIR, S.N., D.R. JACOBS et K.E. POWELL (1985). « Relationships between exercise or physical activity and other health behaviors », *Public Health Reports*, workshop on epidemiologic and public health aspects of physical activity and exercise, 1984, Atlanta, vol. 100, nº 2, p. 172-180.

BOUCHARD, C., et R. MALINA (1998). « Croissance et maturation de l'enfant », dans C.M. Thiebauld et P. Sprumont (sous la dir. de), *L'enfant et le sport : Introduction à un traité de médecine du sport chez l'enfant*, Bruxelles, De Boeck Université, p. 17-26.

BOUCHARD, C., et R.J. SHEPHARD (1994). « Physical activity, fitness and health: The model and key concepts », dans C. Bouchard, R.J. Shephard et T. Stephens (sous la dir. de), *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, p. 77-88.

BOUCHARD, C., R.J. SHEPHARD et T. STEPHENS (1994). *Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, 1055 p.

BUTCHER, J. (1985). « Longitudinal analysis of adolescent girls' participation in physical activity », *Sociology of Sport Journal*, vol. 2, nº 2, p. 130-143.

CALFAS, K.J., et W.C. TAYLOR (1994). « Effects of physical activity on psychological variables in adolescents », dans J.F. Sallis (sous la dir. de), *Physical Activity Guidelines for Adolescents*, p. 406-423. (Pediatric Exercise Science, vol. 6, nº 4)

CAMIRAND, J. (1995). *Un profil des enfants et des adolescents québécois*, Enquête sociale et de santé 1992-1993, monographie nº 3, Montréal, Santé Québec, 194 p.

CASPERSEN, C.J., P.A. NIXON et R.H. DURANT (1997). « Physical activity epidemiology applied to children and adolescents », dans J.O. Holloszy (sous la dir. de), *Exercise and Sport Sciences Reviews*, vol. 25, p. 341-405.

CASPERSEN, C.J., K.E. POWELL et G.M. CHRISTENSON (1985). « Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research », *Public Health Reports*, workshop on epidemiologic and public health aspects of physical activity and exercise, 1984, Atlanta, vol. 100, nº 2, p. 126-131.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1997). « Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people », *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, vol. 46, nº RR-6, p. 1-36.

CHIASSON, L. (1999). *Le niveau de condition physique des étudiants et étudiantes du cégep Lévis-Lauzon H-1999*, Lévis (Canada), Département d'éducation physique du cégep Lévis-Lauzon, 90 p.

CLARK, D.G., et S.N. BLAIR (1988). « Physical activity and prevention of obesity in childhood », dans N.A. Krasneger, C.D. Grave et N. Kretchmer (sous la dir. de), *Childhood Obesity: A Biobehavioral Perspective*, Caldwell, Telford, p. 121-142.

COMITÉ INTERNATIONAL OLYMPIQUE (1997). *Charte olympique*, Lausanne (Suisse), Comité international olympique, 30 p.

COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUÉBEC (1999). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*, avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Québec, Direction des sports et de l'activité physique, ministère de l'Éducation, 27 p.

COMITÉ SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, LE SPORT ET LA SANTÉ DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE LA MÉDECINE DU SPORT (1998). « Sports and children: Consensus statement on organized sports for children », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 76, nº 5, p. 445-447.

CONDITION PHYSIQUE ET SPORT AMATEUR (1983). *L'activité physique et les jeunes au Canada*, rapport sur l'enquête Condition physique Canada, Ottawa, Condition physique et sport amateur, 70 p.

CORBIN, C., et autres (1994). « Toward an understanding of appropriate physical activity levels for youth », *Physical Activity and Fitness Research Digest*, vol. 1, nº 8, p. 1-7.

DAVENPORT, J. (1996). « Olympism: Foundation of the olympic movement », *Journal of the International Council for Health, Physical Education, Recreation, Sport, and Dance*, vol. 32, nº 4, p. 27-30.

DESHARNAIS, R. (1991). *La pratique des activités physiques chez les 10-19 ans: Revue de littérature*, étude réalisée pour la Direction des sports (Kino-Québec), Québec, Université Laval, 44 p.

DESHARNAIS, R., et G. GODIN (1995). *Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire*, rapport de recherche, étude réalisée pour la Direction des sports (Kino-Québec), Québec, Université Laval, 77 p.

DESPRÉS, J.P., C. BOUCHARD et R.M. MALINA (1990). « Physical activity and coronary heart disease risk factors during childhood and adolescence », dans K.B. Pandolf et J.O. Holloszy (sous la dir. de), *Exercise and Sport Sciences Reviews*, vol. 18, p. 243-261.

DIETZ, W.H. (1998). « Prevalence of obesity in children », dans G.A. Bray, C. Bouchard et W.P.T. James (sous la dir. de), *Handbook of Obesity*, New York, Dekker, p. 93-102.

DIETZ, W.H. (1995). « Childhood obesity », dans L.W.Y. Cheung et J.B. Richmond (sous la dir. de), *Child Health, Nutrition, and Physical Activity*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, p. 155-169.

DISHMAN, R.K. (1989). « Exercise and sport psychology in youth 6 to 18 years of age », dans C.V. Gisolfi et D.R. Lamb (sous la dir. de), *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*, vol. 2: *Youth, Exercise, and Sport*, Indianapolis (Indiana), Benchmark, p. 47-95.

DLIN, R.A. (1996). « Adolescent hypertension and sport », dans O. Bar-Or (sous la dir. de), *The Child and Adolescent Athlete*, Oxford, Blackwell Science et Comité international olympique, p. 480-492.

EPSTEIN, L.H. (1995). « Exercise in the treatment of childhood obesity », *International Journal of Obesity*, vol. 19, nº 4, (suppl.), p. S117-S121.

EPSTEIN, L.H., et autres (1998). « Treatment of pediatric obesity », *Pediatrics*, vol. 101, nº 3, p. 554-570.

EPSTEIN, L.H., et R.R. WING (1980). « Aerobic exercise and weight », *Addictive Behaviors*, vol. 5, nº 4, p. 371-388.

FLETCHER, G.F., et autres (1996). « Statement on exercise: Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans, a statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association », *Circulation*, vol. 94, nº 4, p. 857-862.

GARCIA, A.W., et autres (1995). « Gender and developmental differences in exercise beliefs among youth and prediction of their exercise behavior », *Journal of School Health*, vol. 65, nº 6, p. 213-219.

GARN, S.M., et M. LAVELLE (1985). « Two-decade follow-up of fatness in early childhood », *American Journal of Diseases of Children*, vol. 139, nº 2, p. 181-185.

GAUVIN, L., et J.C. SPENCE (1996). « Physical activity and psychological well-being: Knowledge base, current issues and caveats », *Nutrition Reviews*, vol. 54, nº 4, p. S53-S65.

GORTMAKER, S.L., et autres (1999). « Reducing obesity via school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health », *Archives of Pediatrics ans Adolescent Medicine*, vol. 153, nº 4, p. 409-418.

GORTMAKER, S.L., et autres (1993). « Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood », *New England Journal of Medicine*, vol. 329, nº 14, p. 1008-1012.

GOTTLIEB, N.H., et M.S. CHEN (1985). « Sociocultural correlates of childhood sporting activites: Their implications for heart health », *Social Science and Medicine*, vol. 21, nº 5, p. 533-539.

GUTIN, B., et autres (1999). « Effect of physical training and its cessation on percent fat and bone density of children with obesity », *Obesity Research*, vol. 7, nº 2, p. 208-214.

GUTIN, B., et autres (1996). « Physical training, lifestyle education, and coronary risk factors in obese girls », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 28, nº 1, p. 19-23.

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (2000). *Sondage indicateur de l'activité physique 1998 : Résultats sur les jeunes (3 thématiques)*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 8 p.

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (1997). *Sondage indicateur de l'activité physique en 1995*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 58 p.

INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (1996). « L'activité physique chez les enfants », *Progrès en prévention*, bulletin nº 8, 10 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 112 p. (Collection « La santé et le bien-être »)

INTERNATIONAL SOCIETY OF SPORT PSYCHOLOGY (1992). « Physical activity and psychological benefits: A position statement », *International Journal of Sport Psychology*, vol. 23, nº 1, p. 86-91.

JOHNSTON, F.E. (1985). « Health implications of childhood obesity », 2e partie, *Annals of Internal Medicine*, vol. 103, nº 6, p. 1068-1072.

KATZMARZYK, P.T., et autres (1998). « Television viewing, physical activity, and health-related fitness of youth in the Québec Family Study », *Journal of Adolescent Health*, vol. 23, nº 5, p. 318-325.

KING, A.J.C., W.F. BOYCE et M.A. KING (1999). *Trends in the Health of Canadian Youth*, Ottawa, Santé Canada, 110 p.

KINO-QUÉBEC (1999). *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé : Synthèse de l'avis du Comité scientifique de Kino-Québec et applications*, Québec, ministère de l'Éducation, 16 p.

KONTULAINEN, S., et autres (1999). « Changes in bone mineral content with decreased training in competitive young adult tennis players and controls: A prospective 4-yr follow-up », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 31, nº 5, p. 646-652.

LAPORTE, R.E., et autres (1984). « The spectrum of physical activity, cardiovascular disease and health: An epidemiologic perspective », *American Journal of Epidemiology*, vol. 120, nº 4, p. 507-517.

LAUER, R., et autres (1989). « Blood pressure in children », dans C.V. Gisolfi et D.R. Lamb (sous la dir. de), *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*, vol. 2 : *Youth, Exercise, and Sport*, Indianapolis (Indiana), Benchmark, p. 431-459.

LEBLANC, J.E., et L. DICKSON (1997). *Parlons franchement des enfants et du sport : Conseils à l'intention des parents, des entraîneurs et des enseignants*, Montréal, Les Éditions de l'Homme et Association canadienne des entraîneurs, 135 p.

LEDOUX, M., et M. RIVARD (2000). « Poids corporel », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 185-199. (Collection « La santé et le bien-être »)

LEON, A.S. (1997). *Physical Activity and Cardiovascular Health: A National Consensus*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, 288 p.

LÉTOURNEAU, D., S. LABERGE et G. THIBAULT (1994). *Le sport et quelques mots pour le dire*, Québec, Office de la langue française et Direction des sports, ministère des Affaires municipales, 32 p.

LIMBERT, J.S., S. CRAWFORD et L.J. McCARGAR (1994). « Estimates of the prevalence of obesity in canadian children », *Obesity Research*, vol. 2, nº 3, p. 321-327.

LINDER, C.W., R.H. DURANT et O.M. MAHONEY (1983). « Effect of physical conditioning on serum lipids and lipoproteins in white male adolescents », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 15, nº 3, p. 232-236.

MALINA, R.M. (1996). « Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 67, nº 3, p. 48-57.

MALINA, R.M. (1995). « Physical activity and fitness of children and youth: Questions and implications », *Medicine, Exercise and Nutritional Health*, vol. 4, nº 3, p. 125-137.

MALINA, R.M., et C. BOUCHARD (1991). *Growth, Maturation, and Physical Activity*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, 520 p.

McKENZIE, T.L., et autres (1996). « School physical education: Effect of the child and adolescent trial for cardiovascular health (CATCH) », *Preventive Medicine*, vol. 25, nº 4, p. 423-431.

McKENZIE, T.L., et autres (1995). « Children's activity levels and lesson context during third-grade physical education », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 66, nº 3, p. 184-193.

McMURRAY, R.B., et autres (1993). « Parental influences on childhood fitness and activity patterns », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 64, nº 3, p. 249-255.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC (1990). *Les régimes pédagogiques : Rapport annuel sur l'application et l'applicabilité*, Québec, ministère de l'Éducation, 34 p.

MOORE, L.L., et autres (1995). « Preschool physical activity level and change in body fatness in young children: The Framingham Children's Study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 142, nº 9, p. 983-988.

MOORE, L.L., et autres (1991). « Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children », *Journal of Pediatry*, vol. 118, nº 2, p. 215-219.

MUST, A., et autres (1992). « Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents: A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935 », *New England Journal of Medicine*, vol. 327, nº 19, p. 1350-1355.

MUST, A., et R.S. STRAUSS (1999). « Risks and consequences of childhood and adolescent obesity », *International Journal of Obesity*, vol. 23, nº 2, (suppl.), p. S2-S11.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (1996). « Consensus development panel on physical activity and cardiovascular health », *Journal of the American Medical Association*, vol. 276, nº 3, p. 241-246.

NICKOLS-RICHARDSON, S.M., et autres (2000). « Premenarcheal gymnasts possess higher bone mineral density than controls », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 32, nº 1, p. 63-69.

NIETO, F.J., M. SZKLO et G.W. COMSTOCK (1992). « Childhood weight and growth rate as predictors of adult mortality », *American Journal of Epidemiology*, vol. 136, nº 2, p. 201-213.

NOLIN, B. (1999). *Enquêtes sociales et de santé 1992-1993 et 1998*, Santé Québec, Institut de la statistique du Québec, données sur l'activité physique non publiées.

NOLIN, B., G. GODIN et D. PRUD'HOMME (2000). « Activité physique », dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 171-183. (Collection « La santé et le bien-être »)

NOLIN, B., D. PRUD'HOMME et M. GODBOUT (1996). *L'activité physique de loisir au Québec : Une analyse en fonction des bénéfices pour la santé*, monographie nº 5, Montréal, Santé Québec, Kino-Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère des Affaires municipales, 107 p.

O'LOUGHLIN, J., et autres (1999). « Prevalence and correlates of physical activity behaviors among elementary schoolchildren in multiethnic, low income, inner-city neighborhoods in Montreal, Canada », *Annals of Epidemiology*, vol. 9, nº 7, p. 397-407.

OSCAI, L.B. (1989). « Exercise and obesity: Emphasis on animal models », dans C.V. Gisolfi et D.R. Lamb (sous la dir. de), *Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine*, vol. 2: *Youth, Exercise, and Sport*, Indianapolis (Indiana), Benchmark, p. 273-286.

OWEN, S., et autres (1998). « Visceral adipose tissue and cardiovascular risk factors in obese children », *Journal of Pediatry*, vol. 133, nº 1, p. 41-45.

OYGARD, L., et N. ANDERSSEN (1998). « Social influences and leisure-time physical activity levels in young people: A twelve-year follow-up study », *Journal of Health Psychology*, vol. 3, nº 1, p. 59-69.

PAGE, R.M., et autres (1998). « Is school sports participation a protective factor against adolescent health risk behaviors? », *Journal of Health Education*, vol. 29, nº 3, p. 186-192.

PATE, R.R. (1997). « Physical activity in children and adolescents », dans A.S. Leon (sous la dir. de), *Physical Activity and Cardiovascular Health: A National Consensus*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, p. 210-217.

PATE, R.R., et autres (1995). « Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine », *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, nº 5, p. 402-407.

POEST, C.A., et autres (1989). « Physical activity patterns of preschool children », *Early Childhood Research Quarterly*, vol. 4, nº 3, p. 367-376.

REID, I., et autres (1994). *Canadian Youth: Does Activity Reduce Risk? An Analysis of the Impact and Benefits of Physical Activity/Recreation on Canadian Youth at Risk*, Fredericton (Nouveau-Brunswick), Université du Nouveau-Brunswick, 127 p.

REYNOLDS, K.D., et autres (1990). « Psychosocial predictors of physical activity in adolescents », *Preventive Medicine*, vol. 19, nº 5, p. 541-551.

ROSS, J.G., et R.R. PATE (1987). « The National Children and Youth Fitness Study II: A summary of findings », *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, vol. 58, nº 9, p. 51-56.

ROWLAND, T.W. (1990). *Exercise and Children's Health*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, 356 p.

SALLIS, J.F., et autres (1992). « Determinants of physical activity and interventions in youth », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 24, nº 6, (suppl.), p. S248-S257.

SALLIS, J.F., et autres (1988). « Family variables and physical activity in preschool children », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 9, nº 2, p. 57-61.

SALLIS, J.F., et K. PATRICK (1994). « Physical activity guidelines for adolescents: Consensus statement », dans J.F. Sallis (sous la dir. de), *Physical Activity Guidelines for Adolescents*, p. 302-314. (Pediatric Exercise Science, vol. 6, nº 4)

SARKIN, J.A., et autres (2000). « Self-report measures and scoring protocols affect prevalence estimates of meeting physical activity guidelines », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 32, nº 1, p. 149-156.

SCANLAN, T.K., et R. LEWTHWAITE (1986). « Social psychology aspects of competition for male youth participants: Predictors of enjoyment », *Journal of Sport Psychology*, vol. 8, nº [illegible], p. 25-35.

SECRÉTARIAT AU LOISIR ET AU SPORT (2001). *Étude portant sur la place des femmes dans le sport au Québec et la participation des jeunes dans les sports fédérés*, Québec, Direction du sport et de l'activité physique, Secrétariat au loisir et au sport, 51 p.

SHEAR, C.L., et autres (1988). « Secular trends of obesity in early life: The Bogalusa Heart Study », *American Journal of Public Health*, vol. 78, nº 4, p. 75-77.

SIMONS-MORTON, B.G., et autres (1994). « Observed levels of elementary and middle school children's physical activity during physical education classes », *Preventive Medicine*, vol. 23, nº 4, p. 437-441.

SIMONS-MORTON, B.G., et autres (1993). « The physical activity of fifth-grade students during physical education classes », *American Journal of Public Health*, vol. 83, nº 2, p. 262-264.

SIMONS-MORTON, B.G., et autres (1987). « Children and fitness: A public health perspective », *Research Quarterly for Exercise and Sport*, vol. 59, nº 4, p. 295-302.

SIMONS-MORTON, B.G., G.S. PARCEL et T. BARANOWSKI (1991). « Promoting physical activity and a healthful diet among children: Results of a school-based intervention study », *American Journal of Public Health*, vol. 81, nº 8, p. 986-991.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE (en préparation). *Physical Activity and Health in Children and Adolescents*.

STEPHENS, T., et C.L. CRAIG (1990). *Le mieux-être des Canadiens et des Canadiennes : Faits saillants de l'enquête Campbell de 1988*, Ottawa, Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 123 p.

STORY, M. (1999). « School-based approaches for preventing and treating obesity », *International Journal of Obesity*, vol. 23, nº 2, (suppl.), p. S43-S51.

STRONG, J.P., et autres (1995). « Environmental and genetic risk factors in early human atherogenesis: Lessons from the PDAY study », *Pathology International*, vol. 45, nº 6, p. 403-408.

STUCKY-ROPP, R.C., et T.M. DILORENZO (1993). « Determinants of exercise in children », *Preventive Medicine*, vol. 22, nº 3, p. 880-889.

TAYLOR, W.C., et autres (1999). « Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 31, nº 1, p. 118-123.

THE PRESIDENT COUNCIL ON PHYSICAL FITNESS AND SPORTS (1997). *Physical Activity and Sport in the Lives of Girls: Report*, Minnesota, The Center for research on girls and women in sport, University of Minnesota, 214 p.

TOLFREY, K., I.G. CAMPBELL et A.M. BETTERHAM (1998). « Exercise training induced alterations in prepubertal children's lipid-lipoprotein profile », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 30, nº 12, p. 1684-1692.

TROIANO, R.P., et autres (1995). « Overweight prevalence and trends for children and adolescents », *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, vol. 149, nº 10, p. 1085-1091.

TROIANO, R.P., et K.M. FLEGAL (1998). « Overweight children and adolescents: Description, epidemiology and demographics », *Pediatrics*, vol. 101, nº 3, p. 497-504.

TRUDEAU, F., et autres (2000). « Follow-up of participants in the Trois-Rivières growth and development study: Examining their health-related fitness and risk factors as adults », *American Journal of Human Biology*, vol. 12, nº 2, p. 207-213.

TRUDEAU, F., et autres (1999). « Daily primary school physical education: Effects on physical activity during adult life », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, vol. 31, nº 1, p. 111-117.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1999). *Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, 386 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta (Géorgie), U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1991). *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, Full Report, with Commentary*, Washington, Department of Health and Human Services, Public Health Service, nº 91-50212, 316 p.

VEILLETTE, S., et autres (1998). *Habitudes de vie et comportements à risque pour la santé des jeunes du secondaire : Faits saillants*, Jonquière (Canada), Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 184 p.

WANKEL, L.M., et J.M. SEFTON (1989). « A season-long investigation of fun in youth sports », *Journal of Sport and Exercice Psychology*, vol. 11, nº 4, p. 355-366.

WARD, D.S., et O. BAR-OR (1986). « Role of the physician and physical education teacher in the treatment of obesity at school », dans O. Bar-Or (sous la dir. de), *The Health Implications of Exercise and Sports in the School Aged Child and Adolescent*, Bâle (Suisse), Karger, p. 44-51.

WHITE, P.G., et J.E. CURTIS (1990). « English-French Canadian differences in types of sport participation: Testing the school socialization explanation », *Sociology of Sport Journal*, vol. 7, nº 4, p. 347-368.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1982). *Prevention of Coronary Heart Disease*, Genève, World Health Organization, World Health Organization Technical Reports, nº 678, 53 p.

ZAKARIAN, J.M., et autres (1994). « Correlates of vigorous exercise in a predominantly low SES and minority high school population », *Preventive Medicine*, vol. 23, nº 3, p. 314-321.

CHAPITRE 7

L'environnement scolaire

Rollande Deslandes

Le thème de l'environnement scolaire est très large. Dans le présent chapitre, nous traiterons à la fois des éléments du contexte familial, du milieu scolaire et de la communauté qui influencent la santé et le bien-être, y compris la réussite des jeunes. Ces thèmes seront examinés à partir du modèle de l'influence partagée d'Epstein (1995, 1994) qui représente les trois contextes d'influence par des sphères qui se recoupent à des degrés variables, selon le niveau de collaboration entre l'école, la famille et la communauté. Cet intérêt pour l'environnement scolaire va de pair avec un constat à l'échelle mondiale concernant tant l'importance de l'école comme milieu de vie et d'apprentissage pour les enfants et les adolescents que l'utilité d'engager les parents, l'école et la communauté dans le développement et la réussite des jeunes. Nous traiterons principalement ici de l'environnement socioéducatif de l'école, essentiellement des pratiques pédagogiques qui y sont utilisées et du climat scolaire qui y prévaut, ainsi que de la collaboration entre l'école, la famille et la communauté en faisant une large place tant à la participation parentale qu'à l'ouverture de l'école aux parents et à la communauté en général.

1. L'environnement socioéducatif : le climat scolaire et les pratiques éducatives des enseignants

1.1 Le climat scolaire

1.1.1 Définitions

Il convient de mentionner l'absence de consensus chez les auteurs consultés quant à l'opérationnalisation du construit de *climat scolaire*. Certains auteurs définissent un climat scolaire sain en faisant référence à la qualité de la communication à l'école (Alexander et Eaken, 1994; Buscemi et Kelser, 1993) ainsi qu'à l'importance accordée par l'école à la créativité, au rendement et à l'acceptation des pairs (Buscemi et Kelser, 1993). Pour Plucker (1998), un climat scolaire positif favorise la confiance en soi, le sentiment d'appartenance, l'enthousiasme, le mentorat et la réussite scolaire chez les élèves.

Abondant dans le même sens, Janosz, Georges et Parent (1998) soutiennent que le climat scolaire donne une indication générale de l'atmosphère qui prévaut dans les rapports sociaux, et de la valeur accordée aux personnes, à la mission éducative de l'école et à l'institution comme milieu de vie. Ces mêmes auteurs suggèrent d'examiner le climat scolaire proprement dit sous cinq angles différents : le climat relationnel, le climat éducatif, le climat de sécurité, le climat de justice et le climat d'appartenance.

1.1.2 Les composantes et l'influence du climat scolaire

Plusieurs auteurs soutiennent que la qualité du climat relationnel varie en fonction de la chaleur et de l'empathie dans les contacts interpersonnels, du respect manifesté entre les personnes et de l'assurance du soutien d'autrui (Janosz, Georges et Parent, 1998; Jones et Jones, 1998; Legault, 1993). Dans les institutions où règne une bonne entente interpersonnelle entre les différents acteurs, les élèves réussissent mieux et ont moins de difficultés comportementales (Froyen et Iverson, 1999; Jones et Jones, 1998; Gottfredson et Gottfredson, 1985). Dans la même veine, divers auteurs ont souligné l'influence de la qualité des relations entre maître et élèves et de la perception du soutien provenant de l'enseignant sur l'intérêt et la motivation des élèves ainsi que sur le respect des normes et des règles de la classe (Doré-Côté, en préparation; Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998; Hanrahan, 1998; Wentzel, 1998; Epstein, 1996a; Skinner et Belmont, 1993). À la suite d'une recension des écrits, Doré-Côté (en préparation) laisse entendre que les interactions positives entre élèves et enseignant sont caractérisées par le style démocratique de communication interpersonnelle de l'enseignant (Wubbels et autres, 1993), par la manifestation de comportements chaleureux ainsi que par une attention personnelle

et particulière à l'endroit de chacun des élèves de la classe (Noddings, 1992). Par ailleurs, tant les caractéristiques et les comportements des élèves (Potvin, Paradis et Pouliot, 2000) que les transitions scolaires (Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998; Wentzel, 1998; Eccles et autres, 1996) ne seraient pas sans influencer les relations entre les enseignants et les élèves. Enfin, les relations avec les pairs caractérisées par la chaleur, le soutien et l'authenticité contribuent à développer la motivation scolaire et l'estime de soi des élèves (Wentzel, 1999a; Epstein, 1996a; Harter, 1996). Wentzel (1998) conclut que le soutien des pairs encourage davantage les élèves dans la poursuite de buts sociaux que le soutien des enseignants et des parents.

De son côté, le climat éducatif se traduit par la valeur accordée à l'éducation dans le milieu et par le maintien d'attentes aussi élevées que réalistes à l'égard du rendement des élèves. L'ensemble des acteurs montrent un dévouement à la réussite, manifestent de l'enthousiasme, offrent une bonne éducation, véhiculent la valeur de la scolarisation et donnent un sens aux apprentissages (Archambault et Chouinard, 1996).

Le climat de sécurité a trait, pour sa part, à l'ordre et à la tranquillité, deux attributs du milieu jugés essentiels à l'accomplissement des tâches scolaires. À cet effet, Fortin et ses collaborateurs (2000) rapportent que les élèves susceptibles de décrocher de l'école – qu'ils soient dans le sous-groupe des tranquilles, des désengagés, des sous-performants ou des sous-adaptés –, perçoivent peu d'ordre et peu d'organisation en classe. Pour y assurer la sécurité, on doit faire preuve de constance, de congruence et de cohérence en plus d'établir des routines (Nault, 1994; Legault, 1993).

Quant au climat de justice, qui est probablement ce que les jeunes demandent le plus (Legault, 1993), il constitue un signe que l'attitude, l'évaluation ou la réaction disciplinaire des adultes à l'égard des jeunes sont marquées par une juste appréciation, une reconnaissance et un respect des droits de chacun.

Enfin, le climat d'appartenance apparaît comme la résultante des autres aspects du climat scolaire. Il se manifeste par un sentiment de fierté à fréquenter l'école, l'importance accordée à l'école comme milieu de vie et l'adhésion aux valeurs véhiculées par l'institution (Froyen et Iverson, 1999; Janosz, Georges et Parent, 1998; Janosz et Leblanc, 1996; Janosz et Leclerc, 1993; Gottfredson, 1986; Gottfredson et Gottfredson, 1985).

1.2 Les pratiques éducatives des enseignants

1.2.1 Définition

Il faut admettre qu'il est très difficile d'intervenir sur le climat scolaire. Par contre, il est possible d'influencer les *pratiques éducatives* auxquelles recourent les

enseignants, ces pratiques contribuant à la qualité du climat scolaire. À la suite de leur recension des écrits, Janosz, Georges et Parent (1998) ont désigné huit catégories de pratiques éducatives qui exercent une influence sur la qualité des comportements et des apprentissages des élèves. Ce sont l'encadrement des élèves, l'accent mis sur la réussite éducative des élèves, le système de reconnaissance, la qualité de l'enseignement et le temps qui y est consacré, les occasions d'investissement scolaire et parascolaire, la participation des parents, le leadership éducatif ainsi que le style de gestion de la direction.

1.2.2 Les pratiques éducatives des enseignants ainsi que l'engagement et la réussite des élèves

De nombreux auteurs concluent que l'enseignant joue un rôle crucial dans l'établissement d'un environnement pédagogique qui favorise l'apprentissage, tant par la nature des stratégies pédagogiques qu'il utilise que par la relation qu'il entretient avec ses élèves (Doré-Côté, en préparation; Côté, 1998; Bujold et St-Pierre, 1996). En effet, de plus en plus d'experts s'opposent à la pédagogie compétitive qui prévaut dans un grand nombre de classes (Conseil supérieur de l'éducation, 1998a). Ils soutiennent que les enseignants doivent recourir à des pratiques pédagogiques variées et de nature participative par lesquelles élèves et enseignants apprennent, échangent des idées et développent leur autonomie et leur sens des responsabilités (Wentzel, 1999a; Conseil supérieur de l'éducation, 1998a). On considère que l'apprentissage coopératif, souvent donné en exemple, est productif dans la mesure où il permet aux élèves de discuter de leurs idées publiquement et de résoudre des problèmes dans un contexte de coopération pouvant mener à la construction conjointe des apprentissages (Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998; Slavin, 1996; Johnson et autres, 1992). En plus de favoriser un meilleur apprentissage de la matière, l'apprentissage coopératif contribue également à améliorer la confiance en soi et l'estime de soi des élèves. Ces données revêtent une importance particulière dans le contexte où l'insatisfaction par rapport aux résultats scolaires laisse prévoir l'apparition de symptômes dépressifs et l'abus de substances psychotropes. À cet effet, Marcotte et Leclerc (soumis pour publication) soulignent que la dépression est la principale variable qui explique l'appartenance au groupe d'élèves susceptibles d'abandonner en première année du secondaire.

D'autres facteurs associés au programme, comme le manque de choix, ou encore le manque d'occasions d'explorer ses propres idées et le manque de soutien à l'autonomie semblent liés à un désengagement des élèves (Burden et Byrd, 1999; Hanrahan, 1998). Burden et Byrd (1999) affirment que l'enseignant doit stimuler l'intérêt des élèves pour un sujet en choisissant des activités qui ont un certain sens pour eux, en étant lui-même enthousiaste et dynamique, et en faisant des rétroactions afin de favoriser la continuité dans les efforts et dans le processus d'apprentissage. Dans une étude récente, Chouinard (2000) fait ressortir le rôle

primordial de l'encouragement des enseignants au regard des attentes que l'élève aura quant à ses succès, de la valeur qu'il attribuera au succès, de son utilisation de stratégies cognitives et métacognitives, de son engagement dans les tâches scolaires et de son rendement en mathématiques. De plus, Chouinard (1998) souligne l'importance non seulement d'enseigner aux élèves des stratégies d'apprentissage et d'autorégulation, mais également de les amener à percevoir l'effort comme un élément essentiel à la réussite. Perrenoud (1999) parle également de susciter le désir d'apprendre, de travailler à partir des représentations des élèves et d'expliciter le rapport au savoir et le sens du travail scolaire. Aider les élèves à se fixer des objectifs d'apprentissage et de carrière contribue également à la motivation et au maintien des efforts nécessaires à la réussite (Burden et Byrd, 1999; Hanrahan, 1998). Au niveau secondaire, Patrikakou (1996) soutient que les aspirations scolaires vont au-delà du rendement scolaire et impliquent l'anticipation d'ouvertures professionnelles futures (Deslandes et Potvin, 1998). Le concept d'école « orientante » mis de l'avant dans le plan d'action ministériel pour soutenir l'école montréalaise (ministère de l'Éducation du Québec, 1999) apparaît tout à fait pertinent et rejoint des orientations privilégiées aux États-Unis (Plucker, 1998).

Il semble par ailleurs que les évaluations normatives et comparatives nuisent à la motivation des élèves (Maehr et Midgley, 1996). Afin d'éviter les comparaisons qui conduisent à une diminution de l'estime de soi et du sentiment de compétence chez l'élève, Perrenoud (1999) recommande plutôt d'observer et d'évaluer les élèves dans leur façon d'apprendre, selon une approche formative. Ces observations permettent d'établir des bilans périodiques de compétence en vue d'assurer la progression dans les apprentissages. Perrenoud (1999) suggère également de développer la capacité d'auto-évaluation chez l'élève.

D'autres éléments relèvent du personnel enseignant et de la direction. Un sentiment de compétence élevé chez les enseignants et des attentes élevées à l'égard du potentiel des élèves influencent à la fois les enseignants et les élèves en créant une culture positive (Eccles, Wigfield et Schiefele, 1998). Les travaux de Maehr et Midgley (1996) indiquent que certaines politiques scolaires, comme le regroupement selon les habiletés – par exemple un groupe fort et un groupe faible – et le redoublement, ont un effet négatif sur la motivation des élèves. La responsabilité d'établir un climat scolaire positif revient au directeur de l'école (Dietrich et Bailey, 1996).

La gestion des directeurs d'école a un rapport certain avec le taux d'abandon scolaire et l'ensemble du climat scolaire (Langevin, 1994). En adoptant une approche du type participatif, les directeurs favorisent la création d'une communauté d'élèves qui privilégie la collaboration, une pédagogie ouverte et novatrice ainsi qu'une pratique réflexive (Henderson et Hawthorne, 1995). Ils se préoccupent aussi d'accroître la responsabilisation des élèves, l'esprit d'initiative et le sentiment d'appartenance (Koffi, Laurin et Moreau, 1998).

Par ailleurs, les activités complémentaires jouent un rôle important pour susciter l'engagement des élèves et pour amener ces derniers à développer tant leur sentiment d'appartenance que leur confiance en soi, ce qui se traduit par une réduction du risque d'échec et d'abandon scolaire (Conseil supérieur de l'éducation, 1998b; Steinberg, 1996; Langevin, 1994; Wang, Haertel et Walberg, 1993). Ces activités leur permettent de vivre des expériences de collaboration, d'entraide et d'expression personnelle dans un contexte moins compétitif que la salle de classe. Elles leur donnent aussi l'occasion de développer leur autonomie, leur sens des responsabilités, leur initiative et leur créativité. Comme ces activités sont souvent offertes avec le concours de ressources provenant de l'extérieur de l'école, elles représentent ainsi une façon d'ouvrir l'école à la communauté.

---

2. La participation parentale et l'ouverture de l'école à la communauté

2.1 Définition

2.1.1 La participation parentale

La *participation parentale* au suivi scolaire correspond au rôle des parents dans l'éducation de leur enfant à l'école et à la maison (Christenson, Rounds et Franklin, 1992; Steinberg et autres, 1992). Elle constitue en soi une pratique parentale qui vise la réussite éducative, cette dernière représentant un objectif de socialisation (Deslandes et Potvin, 1998; Deslandes, 1996). Les auteurs reconnaissent le caractère multidimensionnel de ce concept sans toutefois s'entendre sur le nombre de dimensions qu'il comporte (Grolnick et autres, 1997; Grolnick et Slowiaczek, 1994; Steinberg et autres, 1992). Au Québec, Deslandes (1996) a reconnu cinq dimensions à la participation parentale au suivi scolaire :

- le soutien affectif, qui s'exprime par des encouragements, des compliments, l'aide aux devoirs, des discussions sur les choix à faire, la présence à l'école pour assister à des activités dans lesquelles les enfants sont engagés, l'accompagnement à l'occasion d'un voyage ou d'un événement spécial, par exemple;
- la communication avec les enseignants, qui se traduit par des appels téléphoniques ou des rencontres;
- les interactions parents-enfants ou parents-adolescents axées sur le quotidien scolaire, qui se traduisent par des conversations sur l'école, sur les travaux ou sur les résultats scolaires;
- la communication parents-école, qui se manifeste par la présence à des réunions de parents ou la participation à des comités décisionnels;

- la communication parents-enfants ou parents-adolescents, qui s'établit par des discussions sur l'actualité ou les projets d'avenir (voir aussi Deslandes et autres, 1995).

La participation parentale est plus grande au niveau primaire, diminue beaucoup vers la quatrième année du primaire et est à son plus bas au secondaire (Pelco et Ries, 1999; Eccles et Harold, 1996, 1993). Divers éléments contribuent à l'explication de ce phénomène, dont les changements développementaux des élèves ainsi que la taille et la bureaucratisation des écoles secondaires. De fait, les besoins des adolescents diffèrent de ceux des élèves du primaire. Les adolescents doivent développer leur autonomie, mais ils doivent toutefois continuer d'être guidés et soutenus par les adultes (Connors et Epstein, 1994; Small et Eastman, 1991). Par ailleurs, les écoles secondaires sont habituellement plus grandes et plus bureaucratisées que les écoles primaires, devenant ainsi des milieux plus impersonnels (Eccles et Harold, 1996, 1993; Connors et Epstein, 1994; Epstein et Connors, 1992). En plus d'être des spécialistes du secondaire, les enseignants, tout comme la majorité de leurs collègues du primaire, ont peu appris à travailler avec les familles (Connors et Epstein, 1994; Epstein et Connors, 1992) et sont, par conséquent, moins enclins à entrer en contact avec les parents, sauf lorsque des problèmes se présentent (Deslandes et Royer, 1997; Deslandes, 1996; Lee, 1994).

2.1.2 L'ouverture de l'école à la communauté

Depuis quelques années, de plus en plus d'auteurs considèrent que le concept de partenariat entre l'école, la famille et la communauté devrait remplacer le concept de participation parentale, car il exprime davantage les responsabilités et les intérêts partagés entre l'école, la famille et la communauté au regard du développement et de la réussite des jeunes (Conseil supérieur de l'éducation, 1998a; Epstein, 1996a, 1994). Le terme *famille* inclut les parents et les autres adultes qui prennent soin de l'enfant, par exemple les beaux-parents, les grands-parents, les oncles et les tantes. La *communauté* englobe tout quartier qui influence l'apprentissage et le développement des élèves. La communauté n'est pas classée seulement en fonction de sa situation sociale ou économique, qu'elle soit faible ou élevée, mais aussi selon les forces et les talents pouvant être utilisés pour apporter un soutien aux élèves, aux parents et à l'école. La communauté n'englobe pas seulement les familles composées d'enfants d'âge scolaire, mais toutes celles qui portent un intérêt à la qualité de l'éducation et qui se sentent concernées par cette qualité (Epstein et autres, 1997). Comme, dans la majorité de nos écoles québécoises, la notion de partenariat prend plus fréquemment le sens de collaboration et que le partenariat demeure un objectif à atteindre, nous privilégierons dans le présent texte la notion de collaboration entre l'école, la famille et la communauté (Deslandes, 1999).

Selon Edwards et Jones Young (1992), l'*ouverture de l'école à la communauté* se définit par la capacité du milieu scolaire d'établir des liens positifs avec les autres milieux de l'enfant, soit la famille et le voisinage. Pour Epstein (1995, 1994), la communauté est l'une des trois composantes d'un même système qui représente les secteurs d'influence les plus importants pour l'enfant, au même titre que l'école et la famille. Le soutien de la communauté se rapporte aux actions des organisations et des individus – voisinage, organismes communautaires, entreprises, groupes culturels, centres locaux de services communautaires (CLSC) et autres services de santé, centres de loisirs et institutions, villes, universités, etc. – en vue de favoriser le développement des élèves (Wentzel, 1999b; Epstein et autres, 1997; Comer, 1993; Nettles, 1991).

2.2 Sur quoi agissent la participation parentale et l'ouverture de l'école à la communauté ?

2.2.1 Les effets de la participation parentale sur les enfants, les adolescents, les parents, les éducateurs et l'école

Plusieurs effets positifs sont attribués à la participation parentale; dans certains cas, cette influence est directe alors que, dans d'autres, elle s'exerce en modifiant positivement d'autres aspects de l'environnement scolaire qui, à leur tour, affectent positivement les enfants et les adolescents (Deslandes, 1996; Comeau et Salomon, 1994).

La participation parentale au suivi scolaire semble avoir des effets bénéfiques à la fois sur le développement, le rendement et le comportement des élèves ainsi que sur les attitudes de ces élèves par rapport à l'école. L'influence de la participation parentale au suivi scolaire a été examinée en rapport avec plusieurs indicateurs de la réussite éducative, en l'occurrence les résultats scolaires, les devoirs terminés, les difficultés comportementales, les aspirations scolaires et l'assiduité aux études (Epstein, 1996b). En général, les enfants et adolescents dont les parents participent au suivi scolaire ont de meilleurs résultats et de plus grandes aspirations scolaires; ils terminent davantage leurs devoirs, s'absentent moins souvent, manifestent moins de difficultés comportementales et abandonnent moins l'école avant l'obtention du diplôme d'études secondaires (Fortin et autres, sous presse; Potvin et autres, 1999; Wentzel, 1999a, 1999b; Deslandes et Potvin, 1998; Deslandes et Royer, 1997; Himriech et Théorêt, 1997; Vallerand, Fortier et Guay, 1997; Eccles et Harold, 1996; Epstein, 1996a, 1996b, 1991; Janosz et Leblanc, 1996; Trusty, 1996; Lee, 1994; Paulson, 1994; Steinberg et autres, 1992; Rumberger et autres, 1990; Keith et autres, 1986). On rapporte moins de problèmes d'ordre psychologique, d'inadaptation sociale et de toxicomanie chez ces jeunes (Trusty, 1996; Lamborn et autres, 1991).

Le soutien affectif constitue le facteur qui a la plus grande influence sur les résultats scolaires et les aspirations scolaires (Deslandes et Potvin, 1998; Deslandes et autres, 1997; Otto et Atkinson, 1997; Deslandes, 1996; Steinberg, 1996; Lee, 1994). Il est également associé à un nombre moindre d'incidents disciplinaires en classe et à un risque d'abandon scolaire moins élevé (Potvin et autres, 1999; Deslandes et Royer, 1997). Les parents qui offrent un tel soutien à leurs enfants semblent réagir à des problèmes d'ordre scolaire et comportemental en discutant davantage avec leurs enfants sur une base quotidienne, par exemple en leur posant des questions sur les devoirs à faire et sur les résultats d'examen, et en entrant davantage en contact avec les enseignants (Deslandes et autres, 1997; Deslandes et Royer, 1997; Epstein, 1996b; Lee, 1994; Baker et Stevenson, 1986). Selon certains auteurs, ces comportements illustrent une relation bidirectionnelle dans laquelle les parents influencent les enfants et vice versa (Grolnick, Kurowski et Gurland, 1999; Belsky, 1984).

Globalement, les résultats d'études intégrant la dimension du soutien affectif corroborent les autres recherches qui démontrent que les parents des enfants ayant les meilleurs résultats scolaires manifestent un plus haut niveau d'intérêt général envers ceux-ci (Dornbusch et Ritter, 1988). Walberg (1984), dans son *curriculum de la famille* associé à la réussite scolaire, inclut les conversations entre parents et enfant concernant les événements quotidiens, les encouragements, les discussions portant sur des lectures et l'intérêt pour les progrès scolaires et personnels de l'enfant, en plus de la supervision des heures d'écoute de la télévision et de l'expression de marques d'affection.

Il faut souligner que la plupart des recherches ont porté sur le rôle de la mère dans l'éducation des enfants. Très peu de travaux ont porté à la fois sur le rôle de la mère et sur celui du père, ces travaux ayant tendance soit à rapporter la moyenne pour les deux parents, soit à ne retenir que le score du parent le plus engagé, la mère la plupart du temps (Deslandes, 1996; Lee, 1994; Stevenson et Baker, 1987). Par ailleurs, la plupart des études répertoriées sont concluantes. Il faut toutefois souligner qu'elles sont de type corrélationnel, c'est-à-dire qu'elles ne permettent pas d'établir de relations causales, et que la perception des enfants et des adolescents constitue souvent la mesure des activités de participation parentale.

Les parents retirent également des bénéfices de leur participation à la mission éducative de l'école. Ils deviennent plus convaincus de l'importance de leur rôle en même temps qu'ils augmentent les interactions avec leurs enfants et leurs adolescents à la maison, devenant ainsi de meilleurs éducateurs. En prenant conscience de leurs compétences, les parents ont aussi une meilleure estime d'eux-mêmes et la relation avec leur enfant s'en trouve améliorée (Dauber et Epstein, 1993; Christenson, Rounds et Franklin, 1992; Becker et Epstein, 1982).

Pour les éducateurs et l'école, une collaboration efficace avec les familles et la communauté représente des avantages. En effet, les enseignants qui favorisent une telle collaboration développent une attitude plus positive à l'égard des habiletés des parents comme éducateurs, indépendamment de leur statut socioéconomique et de leur niveau de scolarité (Swap, 1993; Christenson, Rounds et Franklin, 1992; Epstein, 1991, 1986; Becker et Epstein, 1982). Ces mêmes enseignants ont alors eux-mêmes une attitude plus positive envers l'école et l'enseignement en général (Epstein, 1990a; Leitch et Tangri, 1988). On remarque ensuite une amélioration du climat de l'école. De plus, les relations entre le personnel scolaire et les parents permettent d'harmoniser les pratiques éducatives utilisées à l'école et à la maison (Deslandes, 1996; Epstein, 1989).

2.2.2 Les effets de l'ouverture de l'école à la communauté sur les enfants, les adolescents et la communauté

De façon globale, le soutien de la communauté aide les enfants et les adolescents à se développer sainement, particulièrement sur le plan social, et à devenir autonomes (Comer, 1993). De façon plus précise, l'ouverture de l'école à la communauté se traduit par une participation accrue des parents et d'autres personnes importantes dans l'environnement des jeunes ainsi que par un meilleur accès à des programmes de promotion et de prévention (Conseil supérieur de l'éducation, 1998b; Comer, 1993). En d'autres termes, la collaboration avec la communauté augmente les ressources disponibles pour assurer le développement, le bien-être et la réussite des élèves, ce qui se traduit par un accroissement du capital social (Coleman, 1987).

Nettles (1991) affirme que le soutien de la communauté exerce son influence de quatre façons différentes. La *conversion* se rapporte au processus qui consiste à influencer directement les buts, les croyances et les comportements des enfants et des adolescents. Les communautés ont des règles, des normes et des valeurs (Lightfoot, 1978). Les parents, qui sont des membres actifs de la communauté, transmettent ces valeurs à leurs enfants sous l'angle des buts et des aspirations éducatives (Wentzel, 1999a). La *mobilisation* se produit quand il y a une augmentation de la participation comme citoyen ou comme agent de changement, par exemple quand les parents s'engagent dans la gestion de l'école ou instaurent des changements liés au programme. L'*allocation* a trait aux activités par lesquelles la communauté fournit du soutien social et des services aux enfants et aux adolescents. Qu'il s'agisse de mentionner le programme de soutien de la communauté à la sécurité des enfants de Baltimore ou encore le programme de soins de santé à faibles coûts axé sur la prévention offert dans une école décrite dans l'étude de Sanders (sous presse). L'*enseignement* inclut des activités visant à favoriser le

développement intellectuel ou l'apprentissage des règles et des valeurs qui gouvernent les relations sociales dans la communauté, par exemple dans le cas d'un programme d'activités parascolaires offert après les heures de classe par des parents, des membres de la communauté ou des bénévoles (Sanders, sous presse). Ainsi, les communautés peuvent influencer le développement de l'élève en donnant des directives claires au moyen de programmes de tutorat, de projets littéraires ou de programmes d'éducation parentale.

Dans son analyse des différents types de soutien de la communauté à la mission éducative de l'école, Nettles (1991) rapporte une amélioration significative en lecture et en mathématiques associée au type de soutien correspondant à l'enseignement, par exemple le tutorat, les améliorations touchant davantage les filles que les garçons. Une réduction de l'absentéisme et de l'abandon scolaire ainsi qu'un sentiment de compétence plus élevé et des attitudes plus positives envers l'école ont aussi été observés en relation avec le soutien communautaire du type enseignement et allocation – par exemple tutorat et mentorat. Nettles (1991) a relevé une plus grande utilisation des contraceptifs et un nombre moins élevé de grossesses chez les adolescentes ainsi qu'une diminution notable de la consommation d'alcool, de drogues et de l'usage de la cigarette à la suite de la participation à des projets communautaires du type allocation.

Des liens étroits entre la communauté et l'école facilitent les transitions que vivent les enfants et les adolescents entre les différents milieux de vie et permettent de les exposer à des valeurs communes plutôt que contradictoires, ce qui favorise leur développement (Nettles, 1991). Une bonne collaboration – notamment entre les organismes communautaires, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les municipalités et l'école – permet également d'offrir des services coordonnés qui répondent de façon continue aux besoins particuliers des enfants et des adolescents, et ce, à chacun des stades de développement (Dryfoos, 1998, 1994; Schorr, 1997; U.S. Department of Education, 1996). Grâce à une telle collaboration, les enfants et les adolescents peuvent être entourés d'adultes importants pour eux qui s'occupent de l'ensemble de leurs besoins. Le soutien de la communauté augmente donc ce que Coleman (1987) appelle le *capital social* (Chrispeels, 1996).

À court terme, les organisations en retirent des bénéfices en devenant plus visibles dans leur communauté; à long terme, la communauté va bénéficier de l'entrée dans le milieu du travail de citoyens en santé, engagés et dotés des ressources voulues pour relever les défis qui se poseront alors à eux (Haynes et autres, 1996).

3. Le modèle global de l'influence entre l'école, la famille et la communauté

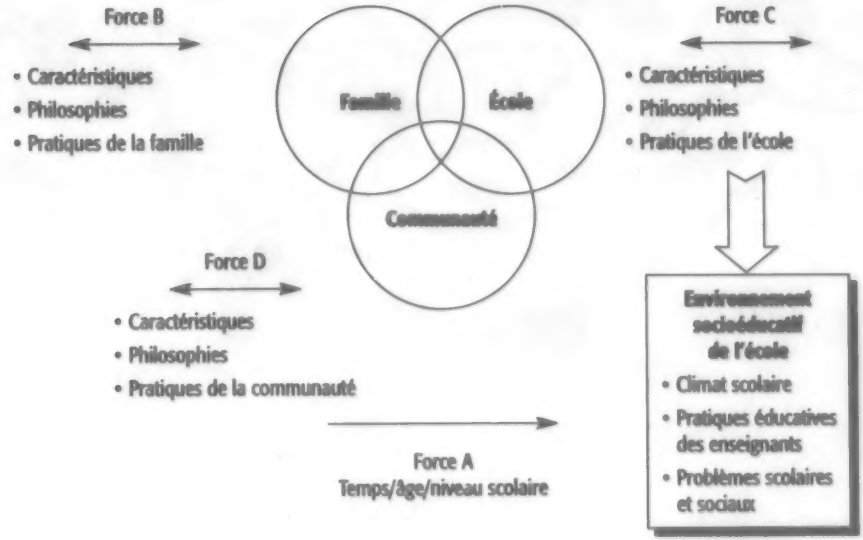
3.1 Le modèle de l'influence partagée

Les trois contextes principaux qui influencent l'adaptation scolaire, c'est-à-dire l'apprentissage, le rendement et le comportement à l'école, peuvent être illustrés par le modèle de l'influence partagée (Epstein, 1995), inspiré à son tour du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) et d'une perspective sociale et organisationnelle. Le modèle de l'influence partagée est représenté par trois sphères correspondant à la famille, à l'école et à la communauté. Le modèle externe de l'influence partagée reconnaît que les sphères peuvent se rapprocher ou s'éloigner l'une de l'autre en fonction des caractéristiques, des philosophies et des pratiques de chacun des trois milieux (voir la figure 10). Le degré d'intersection représente le niveau de collaboration entre les trois milieux. Le modèle illustre aussi la continuité dans les interactions entre l'école, la famille et la communauté au fil des ans et les changements dans la collaboration entre ces trois milieux en fonction de l'âge et du stade de développement des élèves. L'élève, son développement, son bien-être et sa réussite, sont au cœur de la mission de la collaboration entre l'école, la famille et la communauté (Epstein, 1995, 1994).

Pour compléter le modèle de l'influence partagée, plus particulièrement au regard du contexte scolaire, nous proposons d'ajouter les aspects contenus dans le modèle de l'environnement socioéducatif de l'école, soit le climat scolaire proprement dit, les pratiques éducatives et les problèmes comportementaux et sociaux (Janosz, Georges et Parent, 1998). Étant donné la primauté des facteurs scolaires sur les facteurs familiaux et sociaux dans l'inadaptation scolaire, nous croyons que l'ajout de ces divers éléments va permettre de mieux comprendre le rôle complexe de l'école afin de réduire les proportions de ce phénomène. Ainsi, à la suite d'une méta-analyse, Wang, Haertel et Walberg (1993) ont conclu que le contexte scolaire et, plus précisément, la façon d'enseigner et le climat en classe avaient presque autant d'effet sur l'apprentissage que les aptitudes de l'élève. Si l'on place les influences en ordre d'importance, la famille et le milieu viennent immédiatement après le contexte scolaire.

3.2 Présentation de trois modes d'influence

La famille, les éducateurs et les membres de la communauté peuvent influencer les enfants et les adolescents de plusieurs façons. Nous avons choisi de présenter un bref résumé de trois d'entre elles : le modelage, le renforcement et l'enseignement.



Note : Modèle inspiré de J.L. Epstein (1995). « School/family/community partnerships. Caring for the children we share », *Phy Delta Kappan*, vol. 76 et de M. Janosz, P. Georges et S. Parent (1998). « L'environnement socioéducatif à l'école secondaire : un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 27, nº 2.

FIGURE 10
Modèle de l'influence partagée en contexte scolaire

3.2.1 Le modelage

En s'engageant dans différents aspects de la vie scolaire de l'enfant et de l'adolescent, les parents et les membres de la communauté montrent que l'éducation des jeunes est importante à leurs yeux. Toutes les activités de collaboration entre l'école, la famille et la communauté sont importantes, car elles indiquent que les parents et les citoyens en général accordent de la valeur aux activités scolaires, autant pour eux que pour les jeunes. Selon la théorie du modelage, les jeunes vont imiter les comportements de personnes importantes à leurs yeux. Quand les adultes passent du temps avec les jeunes, ces derniers ont alors l'occasion de reproduire les attitudes et les comportements des adultes favorables à la réussite scolaire (Hoover-Dempsey et Sandler, 1995).

3.2.2 Le renforcement

Par leur engagement, les parents et les membres de la communauté donnent de l'attention, offrent des récompenses et font des compliments aux jeunes ayant

les comportements qui sont associés à la réussite scolaire. Pourvu que les renforcements ne nuisent pas au développement de la motivation intrinsèque, la théorie du renforcement prévoit que les jeunes adopteront des comportements qui vont dans la direction voulue (Hoover-Dempsey et Sandler, 1995).

3.2.3 L'enseignement

En adoptant un style d'enseignement direct et ouvert, les parents, tout comme d'autres membres de la communauté, contribuent au développement d'habiletés cognitives de complexité supérieure (Develay, 1998). Ils permettent ainsi à leurs enfants de planifier, de contrôler et de s'autoréguler, trois habiletés métacognitives qui, selon la méta-analyse réalisée par Wang, Haertel et Walberg (1993), ont le plus d'effet sur l'apprentissage de l'enfant et de l'adolescent.

---

4. Les facteurs qui influencent la participation des parents

4.1 Les caractéristiques des parents et des familles

Bon nombre d'études montrent qu'il existe un lien entre la participation des parents au suivi scolaire et les caractéristiques familiales telles que le revenu, le niveau de scolarité des parents, la structure familiale, le nombre d'enfants et le statut professionnel. Par exemple, les familles biparentales et plus scolarisées participent davantage au suivi scolaire à la maison et à l'école que les familles monoparentales et peu scolarisées (Grolnick et Slowiaczek, 1994; Dornbusch et Ritter, 1992, 1988; Baker et Stevenson, 1986). Les parents ayant peu d'enfants participent plus au suivi à la maison, mais la taille de la famille ne semble pas affecter leur participation à l'école (Dauber et Epstein, 1993). Par ailleurs, les mères qui travaillent à l'extérieur s'engagent moins à l'école, mais leur participation à la maison n'est pas pour autant diminuée (Eccles et Harold, 1996; Dauber et Epstein, 1993). De façon générale, les recherches tendent à démontrer que les mères s'intéressent plus au travail scolaire et ont davantage de communication avec le milieu scolaire que les pères (Deslandes et Cloutier, 2000; Bogenschneider, 1997; Paulson et Sputa, 1996). D'autres caractéristiques des parents, telles que la santé mentale et le réseau social, peuvent aussi influencer le niveau et le type de participation à la scolarisation de l'enfant (Eccles et Harold, 1996, 1993).

Toutefois, les résultats de quelques études mettent en doute le postulat selon lequel les parents ayant un niveau de scolarité inférieur ne peuvent ou ne veulent pas s'engager dans le suivi scolaire de leurs enfants (Epstein, 1990b). Dauber et Epstein (1993) ont mené une enquête portant sur l'opinion des parents au regard de leur participation au suivi scolaire et des stratégies mises en place à l'école pour favoriser leur participation. Ils ont alors constaté que les variables

telles que la scolarité des parents, la taille de la famille et le statut marital n'influençaient pas beaucoup le temps consacré par les parents à superviser leur enfant et à l'aider à faire ses devoirs. Ainsi, les parents de groupes minoritaires et de milieux défavorisés participent au suivi scolaire de leur enfant, et à un degré encore plus élevé si les stratégies des enseignants favorisent leur collaboration.

Selon certains auteurs (Hoover-Dempsey et Sandler, 1997, 1995; Eccles et Harold, 1996, 1993), les caractéristiques familiales et parentales qui influent le plus sur la participation parentale sont les ressources sociales et psychologiques offertes aux parents, la confiance en leur capacité d'aider leur enfant dans ses apprentissages, la perception qu'ils ont de ce dernier en ce qui concerne les habiletés scolaires et les aspirations, les croyances relativement à leur rôle d'éducateur, leurs attitudes par rapport à l'école ainsi que les invitations à participer provenant de l'école et de l'enfant (Clark, 1994).

En même temps, selon Seely (1991), certains parents tendent à déléguer leurs responsabilités à l'école, donnant comme justification un manque de temps dû aux exigences familiales ou professionnelles, à des problèmes de santé ou à la présence de jeunes enfants (Leitch et Tangri, 1988; Epstein et Becker, 1982). Bref, un bon nombre de parents abdiquent et deviennent eux-mêmes des *décrocheurs*. À l'image de certains enseignants qui les perçoivent comme des personnes difficiles à atteindre, quelques parents considèrent que l'école est inaccessible (Christenson, Rounds et Franklin, 1992). Au Québec, les résultats de l'enquête de Saint-Laurent et de ses collaborateurs (1994) rapportent que 67 % des parents désirent plus de réunions d'information sur les programmes et l'utilisation du matériel en lecture, en écriture et en mathématiques. De plus, 87 % d'entre eux se disent prêts à donner du temps pour aider leurs enfants dans leurs travaux scolaires, laissant ainsi supposer que les parents souhaitent s'engager davantage dans le suivi scolaire de leurs jeunes.

4.2 Les caractéristiques des enfants et des adolescents

Le sexe, l'âge, la personnalité, la compétence sociale et les antécédents scolaires de l'enfant semblent aussi influencer l'engagement des parents (Eccles et Harold, 1996, 1993). À titre d'exemple, les parents ont tendance à aider davantage un enfant qui a, pour la première fois, des difficultés scolaires. De même, les parents d'un jeune qui réussit bien participent plus souvent à l'administration de l'école et aux activités parascolaires (Dauber et Epstein, 1993; Coleman, 1987; Baker et Stevenson, 1986). Stevenson et Baker (1987) ont de plus observé chez les garçons une relation entre l'âge et l'engagement des parents : plus le garçon est âgé, moins les parents s'engagent.

Par ailleurs, au Québec, l'étude de Deslandes et Cloutier (2000) a révélé que, quel que soit le sexe de l'adolescent, les mères participent au suivi scolaire de

la même façon. Dans le cas des garçons, elles communiquent toutefois plus fréquemment avec les enseignants. La participation des pères pour ce qui est de l'assistance aux réunions de parents à l'école et des discussions sur l'actualité et les projets d'avenir est plus élevée avec les garçons qu'avec les filles. Bref, on peut supposer que les pères s'investissent davantage auprès des garçons qu'auprès des filles, du moins d'après la perception des adolescents.

Les élèves, et tout particulièrement ceux du secondaire, jouent un rôle dans la collaboration entre l'école et la famille. À titre d'exemple, plus de 80 % des 675 adolescents participant à l'étude de Deslandes (2000) se disent prêts à demander à un parent de leur donner des idées pour un projet, à lui montrer quelque chose qu'ils ont appris et à apporter à la maison les lettres d'information provenant de l'école. Dans l'ensemble, les filles et les adolescents plus autonomes sont davantage favorables à la collaboration entre l'école et la famille.

4.3 Les caractéristiques et les pratiques des éducateurs et de l'école

La formation professionnelle des enseignants semble associée au niveau de collaboration parentale. Il appert que ceux qui ont reçu une formation sur la collaboration entre l'école, la famille et la communauté favorisent davantage la participation parentale (Chavkin et Williams, 1988; Becker et Epstein, 1982). Au cours de leur enquête, Dauber et Epstein (1993) ont observé que les stratégies des enseignants visant à favoriser l'engagement des parents et les programmes de collaboration entre l'école, la famille et la communauté sont les variables qui laissent le mieux prévoir la participation parentale. Les pratiques des écoles influencent donc les pratiques familiales. En effet, les parents participent davantage au suivi scolaire à la maison et à l'école lorsqu'ils perçoivent que cette dernière favorise leur collaboration (Epstein, 1996b; Dauber et Epstein, 1993).

Maintes recherches attribuent le degré de collaboration des parents aux attitudes des enseignants (Epstein et Dauber, 1991; Becker et Epstein, 1982). Au Québec, l'enquête de Saint-Laurent et de ses collaborateurs (1994) mentionnée précédemment, laquelle a été menée auprès de 630 enseignants du primaire et de 957 parents de la région de Québec, indique que 97 % des parents et 9 % des enseignants croient qu'une collaboration entre l'école et les parents peut améliorer le rendement scolaire et le comportement de l'enfant en classe. Les résultats de l'enquête d'Epstein et Dauber (1991) révèlent également une attitude favorable des enseignants à l'égard de la participation parentale. Néanmoins, il semble que les programmes de collaboration entre l'école et la famille ainsi que les pratiques actuelles des éducateurs ne reflètent pas cette attitude favorable. Les auteures soulignent des liens entre l'importance accordée par les éducateurs à certaines stratégies favorisant la participation parentale et l'approche de leur institution quant à une meilleure collaboration entre l'école et la famille.

FH

Règle générale, le personnel enseignant et les administrateurs scolaires sont en faveur d'une participation parentale traditionnelle : campagnes de financement, accompagnement à l'occasion de sorties, supervision de devoirs, etc. (Christenson, Rounds et Franklin, 1992; Chavkin et Williams, 1988). Cette attitude s'explique par leur conviction que les parents ne veulent pas s'engager dans le suivi scolaire de leur jeune (Clark, 1994; Connors et Epstein, 1994; Epstein et Dauber, 1991) ou qu'ils n'ont pas assez de formation pour participer aux prises de décisions dans le milieu scolaire (Christenson, Rounds et Franklin, 1992). Certains éducateurs craignent que les parents remettent en question leur compétence, les attaquent ou les critiquent, ou encore les blâment pour les problèmes de leur enfant (Christenson, Rounds et Franklin, 1992; Epstein et Becker, 1982). Certains perçoivent donc la présence parentale comme une menace à leur autonomie professionnelle (Bobango, 1994) et cherchent plutôt à créer des frontières professionnelles entre eux et les parents. D'autres la perçoivent comme un ajout à leur tâche (Moles, 1999; Connors et Epstein, 1994; Christenson, Rounds et Franklin, 1992), car ils ne considèrent pas la coopération avec les parents comme étant indispensable (Epstein et Becker, 1982), ou encore comme partie intégrante de leur rôle professionnel (Pelco et Ries, 1999; Seely, 1991). Un grand nombre d'enseignants et de directeurs d'école déclarent ignorer comment amorcer la collaboration avec les parents (Epstein, Sanders et Clark, 1999; Moles, 1999; Pelco et Ries, 1999; Epstein et Connors, 1994).

4.4 Les caractéristiques de la communauté

Les caractéristiques de la communauté dans laquelle vit la famille peuvent influencer la participation des parents. Le niveau de cohésion, le type d'organisation sociale et le réseau social sont autant d'éléments qui influencent tant les valeurs que les pratiques des parents et qui se répercutent sur leur engagement dans la vie scolaire de leur enfant. Ainsi, selon certains auteurs (Eccles et Harold, 1996, 1993), les parents de milieux moins sûrs sont plus susceptibles d'enseigner des stratégies défensives par rapport à l'environnement pour protéger leur enfant contre des dangers potentiels alors que les parents de milieux plus sûrs développeront davantage chez leur enfant la capacité d'utiliser les ressources offertes dans l'entourage. Il est aisé de concevoir, dans ce contexte, la différence entre les attitudes qu'adopteront les parents et leur enfant envers l'école selon qu'ils vivent dans un milieu ou l'autre.

4.5 Les caractéristiques de l'école

La relation qu'entretient l'école avec la communauté, tout comme celle qu'elle établit avec les parents, n'est pas exempte de difficultés. Bien que la présente réforme de l'éducation au Québec attribue une responsabilité d'ordre politique et

communautaire à la direction de l'école, l'ouverture à la communauté ne constitue pas une préoccupation spontanée pour cette dernière (Conseil supérieur de l'éducation, 1999). Il revient à l'école et à ses membres de créer cette ouverture en prenant des initiatives (Conseil supérieur de l'éducation, 1998a; Organisation de coopération et de développement économiques, 1997; Dauber et Epstein, 1993). Autrement dit, l'école, et tout spécialement la direction, doit valoriser les alliances entre l'intérieur et l'extérieur pour ainsi susciter le soutien de la communauté (Dunklee, 2000).

De la part de l'école, établir des liens avec la communauté nécessite avant tout une connaissance des organisations existantes, la projection dans le milieu d'une image positive de l'école et une volonté ferme de partager sa mission éducative avec l'environnement local. De plus, l'école doit voir à mettre en place un réseau de communication efficace entre les organisations qui participent à un projet commun (Conseil supérieur de l'éducation, 1998a; Michel, 1997).

---

5. Comment améliorer l'environnement scolaire et la collaboration entre l'école, la famille et la communauté ?

5.1 Les interventions en vue d'améliorer le climat scolaire et les pratiques éducatives

Pour améliorer le climat scolaire, on peut penser à des sessions de formation continue s'adressant aux membres du personnel et portant par exemple sur la gestion de classe et la modification des modes de gestion des conflits. Ainsi, dans le cadre du projet Espace-Jeunesse (Malo, 2000) mené auprès de jeunes Montréalais présentant des troubles du comportement, l'équipe responsable a établi des conseils de coopération et un programme de résolution des conflits par la médiation. Il pourrait également s'avérer pertinent d'offrir dans d'autres écoles une formation continue sur la direction participative.

Au Québec, plusieurs projets et études visant à améliorer les pratiques éducatives ont été menés ou sont en voie de l'être. En voici quelques exemples. À l'école Espace-Jeunesse (Malo, 2000), dans le cadre du projet cité plus haut, l'équipe responsable a entrepris, à la suite de sessions de formation, l'apprentissage coopératif et l'enseignement par projet. Elle a aussi intégré les nouvelles technologies dans son enseignement. Un tel projet rejoint les affirmations de Jones et Jones (1998) qui soutiennent que lorsque les méthodes d'enseignement sont variées, stimulantes et qu'elles répondent aux besoins des élèves, les problèmes de comportement diminuent radicalement. De leur côté, Lebrun et autres (projet en cours) ont entrepris une recherche-action avec des enseignants du secondaire dans le but de développer chez les jeunes le goût de la lecture. Les stratégies pédagogiques qui

seront appliquées comprennent les cercles de lecture, l'enseignement coopératif et l'approche par thème. Par ailleurs, Presseau (projet en cours) aide des enseignants dans l'élaboration de tâches authentiques propices au transfert, c'est-à-dire qui permettent le développement de compétences transversales. Dans ce projet, des outils qui assurent une évaluation contextualisée des compétences, tels que le portfolio, sont utilisés.

Mentionnons aussi deux études, menées au Québec, qui se distinguent par leur caractère innovateur en matière d'apprentissage coopératif. Il s'agit de l'étude de Lefebvre et Deaudelin (soumise pour publication), dont les résultats se sont révélés prometteurs quant à l'effet positif de l'apprentissage coopératif et dans laquelle les interactions entre élèves s'effectuaient grâce à l'ordinateur. Daniel et ses collaborateurs (2000) se sont également démarqués dans leur recherche portant sur le développement de la coopération à l'intérieur d'une communauté de recherche philosophique auprès d'élèves du primaire. On peut aussi penser à offrir des sessions de formation continue portant sur l'accompagnement, dans l'esprit du nouveau curriculum, à des enseignants, des conseillers pédagogiques et des directeurs d'école. Ce programme peut être offert dans une optique tant métacognitive que réflexive et être basé sur la participation de l'élève audit programme ainsi qu'au processus d'évaluation (Lafortune, Deaudelin et Deslandes, projet en cours).

5.2 Les interventions en vue de favoriser la collaboration entre l'école, la famille et la communauté

La collaboration entre l'école, la famille et la communauté peut être examinée sous l'angle de pratiques individuelles, illustrant ainsi une vision fragmentaire, ou sous l'angle de programmes globaux, démontrant alors une vision holistique. Nous avons privilégié ici la seconde approche. Nous présentons d'abord deux projets majeurs qui servent de modèles à d'autres programmes. Nous retiendrons ensuite l'un de ces modèles pour donner des exemples détaillés de pratiques possibles.

5.2.1 Le projet *Comer*

Conçu en 1968, le projet *Comer* visait, entre autres objectifs, à favoriser la participation des parents à la gestion et à l'organisation de deux écoles du centre-ville de New Haven, au Connecticut. Le projet était dirigé par trois équipes, dont une était centrée sur la gestion de l'école, une autre s'occupait de la santé mentale et une troisième donnait des services individualisés aux élèves. Les trois volets comprenaient un programme pour les parents – qui demandait leur participation à la gestion de l'école et en classe –, un programme de récupération pour les élèves en difficulté, des ateliers regroupant parents et enseignants dans une perspective d'échanges et de mise en commun d'idées, des sessions de formation continue pour

les enseignants portant sur le développement de l'enfant, la discipline, les modifications du programme et les stratégies d'enseignement et, finalement, un programme lié aux habiletés sociales. Ces deux écoles ont non seulement vu les résultats scolaires s'améliorer, mais elles ont également enregistré le plus bas taux d'absentéisme parmi les écoles de la ville ainsi que la plus grande diminution des problèmes de comportement et des conflits entre parents et membres du personnel. On a également observé une augmentation de la participation parentale aux activités de l'école (Comer et autres, 1996; Comer, 1993).

5.2.2 Le projet *Schools Reaching Out*

Le projet *Schools Reaching Out* a débuté à Boston et à New York en 1988. Deux principes de base guidaient ce projet : les enfants réussissent mieux quand l'école et la famille assurent une continuité dans les valeurs, les attentes et les attitudes, et les membres du personnel d'une école doivent faire en sorte que les parents comprennent le contenu du programme scolaire et les différentes stratégies d'enseignement afin qu'ils poursuivent les efforts dans le même sens. La structure du projet comprenait un conseil décisionnel, formé de membres venant de l'école et de la communauté, qui devait se prononcer sur les objectifs, les politiques et les stratégies visant à engager les parents. Les écoles devaient aussi fournir un local aux parents, nommer un enseignant pour agir à titre de coordonnateur du projet et établir un programme de visites à domicile. En 1993, le programme est devenu la *League of Schools Reaching Out*. La ligue a adopté la typologie d'Epstein (1996a, 1996b, 1992) en matière de catégories d'activités relatives à la participation parentale que toute école devrait offrir. La participation parentale sera présentée plus en détail en même temps que seront donnés des exemples d'activités mises en place par la ligue et par d'autres écoles adhérant à cette typologie (voir le tableau 10). *The Institute for Responsive Education* a évalué les projets de 42 écoles situées en milieu urbain. Il s'agissait d'examiner les pratiques des écoles visant à engager les parents et à déterminer la façon dont ces pratiques peuvent influencer les politiques. Plusieurs des écoles participantes sont devenues des écoles du type communautaire grâce à l'aide apportée aux familles et à l'échange de ressources avec des organismes communautaires. Le nombre d'activités de collaboration a aussi augmenté. Les parents bénévoles étaient plus nombreux et les horaires des activités étaient ajustés en fonction de la disponibilité des bénévoles. On a également relevé un plus grand nombre de comités consultatifs et décisionnels dans toutes les écoles (Davies, Burch et Johnson, 1992). Il est aussi ressorti que l'appui de la direction de l'école au programme de collaboration entre l'école, la famille et la communauté était essentiel à son succès (Barbour et Barbour, 1997; Swap, 1993).

5.2.3 Une typologie des activités de collaboration entre l'école, la famille et la communauté

En se basant sur des études antérieures et sur les résultats d'enquêtes menées auprès des éducateurs, des administrateurs, des élèves et des parents et à la suite des ateliers et des activités de formation avec les enseignants, Epstein a élaboré une typologie composée de six catégories d'activités permettant la collaboration entre l'école, la famille et la communauté (Epstein et autres, 1997; Goupil, 1997; Epstein, 1996a, 1996b, 1995, 1992; Epstein et Connors, 1995; Connors et Epstein, 1994). Les six catégories d'activités ont comme objectif d'aider les familles et l'école à remplir leurs responsabilités relatives à la réussite et au développement des jeunes. Chacune de ces catégories comprend différentes pratiques ayant un effet sur les comportements des élèves, des parents et des enseignants ainsi que sur le climat de l'école. Chacun de ces résultats a fait l'objet d'au moins une étude (Epstein, 1995). Globalement, les six catégories d'activités constituent un programme général et applicable à tous les niveaux scolaires (voir le tableau 10) n'apparaissant pas comme un programme distinct, mais faisant partie intégrante d'une planification qui vise à améliorer l'efficacité d'une école (Epstein, 1996a). De plus, les catégories de participation parentale contribuent à former une véritable communauté de personnes qui apprennent à l'intérieur d'une communauté éducative élargie.

5.2.4 Les éléments essentiels à la réussite d'un programme de collaboration entre l'école, la famille et la communauté

Les experts recommandent d'adopter une démarche axée sur la recherche-action afin de créer des liens de collaboration entre l'école, les familles et la communauté (Epstein et autres, 1997; Epstein, 1995). Les neuf principales étapes à suivre sont les suivantes :

1. Créer un groupe d'action s'occupant de la collaboration entre l'école, la famille et la communauté, dont un membre siège au conseil de l'établissement.
2. Obtenir un appui officiel de la part de la direction de l'école et un budget autonome permettant d'organiser les activités.
3. Offrir une formation sur la collaboration entre l'école, la famille et la communauté aux membres du groupe.
4. Déterminer les points de départ ainsi que les forces et les faiblesses actuelles (voir Baril, 2000).
5. Concevoir un plan triennal en gardant comme point de repère central le projet éducatif de l'école.
6. Rédiger un plan annuel détaillé.

TABLEAU IV
Typologie d'épstein, objectifs, exemples et effets

Catégorie d'activités	Objectifs de la catégorie	Exemples de pratiques
1. Rôle parental : obligations de base des parents	• Amener les parents à développer leurs habiletés parentales et à établir les conditions familiales permettant d'aider l'élève. • Apporter un soutien dans le milieu scolaire pour que les différents acteurs puissent mieux comprendre les parents.	• Ateliers, cassettes vidéo, émissions à la télévision communautaire, articles dans des journaux locaux ou encore messages téléphoniques automatisés portant sur le rôle parental et le développement de l'enfant à tous les âges. • Groupes d'éducation parentale et groupes de soutien pour aider les parents en matière de santé, de logement, d'alimentation, de sécurité et de pratiques parentales (discipline, pression des pairs, prévention de l'usage de drogues, planification d'un projet de carrière).
2. Communication : obligations de base des écoles	• Informer les parents pour les aider à comprendre les programmes scolaires et les progrès de leur enfant, à comprendre les évaluations des élèves et à faire un choix ou un changement de cours ou d'activités.	• Entretiens avec chaque parent. • Envoi à la maison du portfolio de l'enfant. • Horaire régulier pour des avis, des notes, des appels, etc. • Communiqués positifs ; avis informatifs sur les événements scolaires, les activités pour les élèves, les programmes, etc.
3. Bénévolat : participation à l'école	• Procéder à un recrutement de bénévoles. • Prévoir un horaire flexible pour le bénévolat, les assemblées, etc.	• Sondage annuel pour déterminer les intérêts, les talents et la disponibilité des bénévoles. • Local mis à la disposition des parents et des bénévoles.
4. Apprentissage à la maison : participation à des activités scolaires	• Informer les parents sur l'aide aux devoirs. • Informer les parents sur les habiletés requises pour réussir chaque matière. • Informer les parents sur les prises de décision liées au programme d'études.	• Information donnée aux parents sur les habiletés requises pour chaque matière de chaque niveau scolaire. • Information donnée aux parents sur les consignes pour les devoirs, sur la façon de superviser les travaux scolaires effectués à la maison. • Horaire régulier de devoirs interactifs.
5. Prise de décision : participation, direction	• Faire participer les parents meneurs. • Faire participer les représentants d'élèves.	• Comités décisionnels et comités consultatifs, groupes d'action pour une collaboration entre l'école, la famille et la communauté.

Catégorie d'activités	Objectifs de la catégorie	Exemples de pratiques
6. Collaboration avec la communauté	• Coordonner les ressources et les services de la communauté pour les offrir aux parents, aux élèves et à l'école, et assurer des services à la communauté.	• Information donnée aux parents sur les programmes et les services de la communauté liés à la santé, à la culture, aux loisirs et au soutien social. • Activités communautaires qui font appel aux habiletés d'apprentissage et aux talents (programmes d'été). • Points de service différents pour la famille grâce à la collaboration de l'école, des centres de loisirs ou de formation professionnelle ; services offerts à la communauté par les élèves, les parents et l'école ; projets de recyclage ; art, musique, théâtre, tutorat, collaboration entre l'école et l'entreprise.

Catégorie d'activités	Effets sur les élèves	Effets sur les parents	Effets sur les éducateurs
1. Rôle parental : obligations de base des parents	• Développement de qualités personnelles positives. • Intériorisation de croyances et de valeurs enseignées par les parents. • Meilleure gestion du temps. • Présence accrue en classe.	• Plus grande confiance en soi à l'égard de son rôle parental. • Meilleure connaissance du développement de l'enfant.	• Meilleure compréhension des origines et de la culture des parents, et de la façon dont ces parents perçoivent les besoins de leur enfant.
2. Communication : obligations de base des écoles	• Conscience de leurs propres progrès. • Compréhension des programmes et des politiques de l'école. • Prise de décisions éclairées au sujet des cours et des programmes.	• Meilleure compréhension des programmes scolaires. • Supervision des progrès de l'enfant. • Communication plus facile avec l'école.	• Diversité des formes de communication avec les parents. • Capacité de communiquer clairement.
3. Bénévolat : participation à l'école	• Développement des habiletés grâce à l'enseignement des bénévoles. • Prise de conscience des habiletés des parents et des bénévoles.	• Compréhension du travail de l'enseignant. • Tenue d'activités scolaires à la maison.	• Conscience des talents des parents et de leur intérêt envers l'école et les enfants.

TABLEAU 10 (suite)
Typologie d'Epstein, objectifs, exemples et effets

Catégorie d'activités	Effets sur les élèves	Effets sur les parents	Effets sur les éducateurs
4. Apprentissage à la maison : participation à des activités scolaires	• Amélioration des notes et développement des habiletés liées aux devoirs et au travail en classe. • Attitude positive à l'égard des devoirs et de l'école.	• Connaissance des moyens pour apporter du soutien à l'élève. • Discussions sur l'école. • Appréciation des habiletés de l'enseignant.	• Conception variée et améliorée des devoirs, dont les devoirs interactifs. • Satisfaction à l'égard du soutien des parents.
5. Prise de décision : participation, direction	• Conscience que les parents sont représentés dans les prises de décisions de l'école. • Conscience que leurs droits sont protégés.	• Sentiment d'appartenance à l'école. • Mise en commun de leurs expériences avec d'autres parents.	• Conscience du point de vue des parents au moment d'élaborer les politiques. • Acceptation de l'égalité des représentants de parents.
6. Collaboration avec la communauté	• Développement des habiletés grâce à un programme d'études enrichi • Exploration des carrières et des options possibles.	• Connaissance et utilisation des ressources locales pour accroître ses habiletés. • Conscience de la contribution de la communauté à l'école.	• Utilisation des ressources communautaires pour enrichir le programme d'études. • Habiletés à travailler avec des mentors, des partenaires d'affaires.

7. Recruter du personnel enseignant, des parents, des élèves et des groupes communautaires pour aider le groupe d'action.
8. Évaluer annuellement tant la mise en œuvre du programme que les résultats obtenus et prendre les mesures correctrices le plus tôt possible, s'il y a lieu.
9. Organiser des fêtes annuelles et donner un compte rendu de la situation à tous les participants.

Les experts rappellent que l'établissement et le maintien de la collaboration entre l'école, les familles et la communauté exigent du temps et qu'il faut adopter une philosophie axée sur les *petits pas* (Baker, 2000; Epstein, 1995). Bref, chaleur, authenticité, écoute active, empathie et honnêteté, voilà autant de caractéristiques favorisant la collaboration entre les divers acteurs des milieux scolaires, familiaux et communautaires. S'ajoutent des interventions basées sur l'appropriation de ses propres pouvoirs (Cochran et Dean, 1991) et l'autodétermination des divers acteurs (Bouchard, 1998).

Dans la foulée, de nombreux experts recommandent d'offrir une formation initiale et une formation continue sur la collaboration entre l'école, la famille et la communauté aux éducateurs qui sont en relation avec les parents et les membres de la communauté (Baker, 2000; Epstein, Sanders et Clark, 1999; Rice, 1998; De Acosta, 1996; Chavkin et Williams, 1988).

5.2.5 La collaboration entre les intervenants, les éducateurs, les chercheurs et les décideurs politiques

Les progrès doivent se poursuivre dans le domaine de la collaboration entre l'école, la famille et la communauté afin de favoriser le développement et le bien-être des enfants et des adolescents. Pour ce faire, la collaboration est essentielle entre éducateurs, professionnels de la santé et des services sociaux, chercheurs et décideurs politiques. Elle commande un respect mutuel, une connaissance du langage de l'autre et un respect de l'expertise de chacun. Pour les chercheurs, cela veut dire créer un vocabulaire et développer des habiletés de communication pour échanger avec les différents acteurs du milieu scolaire et les décideurs politiques. Ils doivent aussi devenir plus familiers avec les défis quotidiens que les enseignants et les autres acteurs du milieu scolaire doivent relever. Pour toutes les personnes qui ont un rôle d'éducateur – professionnels de la santé et des services sociaux, décideurs politiques, enseignants, directeurs d'école –, cela veut dire avoir la volonté et la capacité d'utiliser la recherche ainsi que comprendre les défis liés à la collecte et à l'analyse des données. Les chercheurs et les éducateurs doivent aussi témoigner du respect pour les élèves et les parents et démontrer des habiletés en communication pour travailler avec eux (Epstein, 1996b).

RÉFÉRENCES

ALEXANDER, J.M., et G.J. EAKEN (1994). « The teacher as communicator: Pathways to healthier schools », *Thresholds in Education*, vol. 20, nº 1, p. 20-24.

ARCHAMBAULT, J., et R. CHOUINARD (1996). *Vers une gestion éducative de la classe*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 232 p.

BAKER, J.L.A. (2000). « Making the promise of parent involvement », *High School Magazine*, vol. 7, nº 5, p. 15-17.

BAKER, D.P., et D.L. STEVENSON (1986). « Mothers' strategies for children's school achievement: Managing the transition to high school », *Sociology of Education*, vol. 59, p. 156-166.

BARBOUR, C., et N.H. BARBOUR (1997). *Families, Schools, and Communities: Building Partnerships for Educating Children*, Upper Saddle River (New Jersey), Merrill, 327 p.

BARIL, G. (2000). *Portrait des activités de partenariat école/famille à la Calypso dans une perspective d'élaboration de programme*, thèse de maîtrise en éducation, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 144 p.

BECKER, H.J., et J.L. EPSTEIN (1982). « Parent involvement: A survey of teacher practices », *The Elementary School Journal*, vol. 83, nº 2, p. 85-102.

BELSKY, J. (1984). « The determinants of parenting: A process model », *Child Development*, vol. 55, p. 83-96.

BOBANGO, J.C. (1994). « Promoting parent involvement: Because educators can't do it all », *Schools in the Middle*, vol. 3, nº 4, p. 26-29.

BOGENSCHNEIDER, K. (1997). « Parental involvement in adolescent schooling: A proximal process with transcontextual validity », *Journal of Marriage and the Family*, vol. 59, p. 718-733.

BOUCHARD, J.M. (1998). « Le partenariat dans une école de type communautaire », dans R. Pallascio, L. Julien et G. Gosselin (sous la dir. de), *Le partenariat en éducation : Pour mieux vivre ensemble !*, Montréal, Éditions nouvelles, p. 19-35.

BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 330 p.

BUJOLD, N., et H. ST-PIERRE (1996). « Style d'intervention pédagogique, relations affectives enseignants-étudiants et engagement par rapport à la matière », *The Canadian Journal of Higher Education*, vol. 26, nº 1, p. 75-107.

BURDEN, P.R., et D.M. BYRD (1999). *Methods for Effective Teaching*, Boston (Massachusetts), Allyn and Bacon, 418 p.

BUSCEMI, M., et S. KELSER (1993). « Build a positive climate and watch your school weather well », *PTA Today*, vol. 18, nº 4, p. 5-7.

CHAVKIN, N.F., et D.L. WILLIAMS (1988). « Critical issues in teacher training for parent involvement », *Educational Horizons*, vol. 66, nº 2, p. 87-89.

CHOUINARD, R. (2000). *Les relations entre différentes variables associées à la motivation scolaire, le dynamisme et le rendement en mathématiques selon l'âge et le sexe, au secondaire*, colloque sur l'affectivité dans l'apprentissage, communication présentée au 68e congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Université de Montréal, du 15 au 19 mai.

CHOUINARD, R. (1998). « Autorégulation, motivation et intervention auprès des élèves en difficulté », dans L. Lafortune, P. Mongeau et R. Pallascio (sous la dir. de), *Métacognition et compétences réflexives*, Montréal, Les Éditions Logiques, p. 101-129.

CHRISPEELS, J. (1996). « Effective schools and home-school-community partnership roles: A framework for parent involvement », *School Effectiveness and School Improvement*, vol. 7, nº 4, p. 297-323.

CHRISTENSON, S.L., T. ROUNDS et M.J. FRANKLIN (1992). « Home-school collaboration: Effects, issues and opportunities », dans S.L. Christenson et J.C. Conoley (sous la dir. de), *Home-School Collaboration: Enhancing Children's Academic and Social Competence*, Silver Spring (Maryland), The National Association of School Psychologists, p. 19-52.

CLARK, S. (1994). « Home visits: A new twist on an old-fashioned idea », *Principal*, vol. 73, nº 3, p. 49-50.

COCHRAN, M., et C. DEAN (1991). « Home-school relations and the empowerment process », *The Elementary School Journal*, vol. 91, nº 3, p. 261-269.

COLEMAN, J.S. (1987). « Families and schools », *Educational Researcher*, vol. 16, p. 32-38.

COMEAU, J., et A. SALOMON (1994). *La participation à l'école : Une recherche de sens pour les intervenants*, Québec, Agence d'ARC, 181 p.

COMER, J.P. (1993). « The potential effects of community organizations on the future of our youth », *Teachers College Record*, vol. 94, nº 3, p. 658-661.

COMER, J.P., et autres (1996). « The school development program », dans J.P. Comer et autres (sous la dir. de), *Rallying the Whole Village: The Comer Process for Reforming Education*, New York, Teachers College Press, p. 1-26.

CONNORS, L.J., et J.L. EPSTEIN (1994). *Taking Stock: Views of Teachers, Parents, and Students on School, Family, and Community Partnerships in High Schools*, rapport nº 25, Baltimore (Maryland), Johns Hopkins University, Center on Families, Communities, Schools and Children's Learning, 31 p.

CÔTÉ, E. (1998). *Pratiques d'évaluation des apprentissages et engagement de l'élève par rapport à la matière qui lui est enseignée*, thèse de doctorat, Québec, Université Laval, 144 p.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (1999). *Diriger une école secondaire : Un nouveau contexte, de nouveaux défis*, Québec, Conseil supérieur de l'éducation, 80 p.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (1998a). *L'école, une communauté éducative : Voies de renouvellement pour le secondaire*, Québec, Conseil supérieur de l'éducation, 66 p.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ÉDUCATION (1998b). *Les services complémentaires à l'enseignement : Des responsabilités à consolider*, Québec, Conseil supérieur de l'éducation, 72 p.

DANIEL, M.F., et autres (2000). « Communauté de recherche philosophique dans une classe du primaire : Étude des dynamiques de développement », dans R. Pallascio et L. Lafortune (sous la dir. de), *Pensée réflexive et éducation*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, p. 157-180.

DAUBER, S.L., et J.L. EPSTEIN (1993). « Parents' attitudes and practices of involvement in inner-city elementary and middle schools », dans N. Chavkin (sous la dir. de), *Families and Schools in a Pluralistic Society*, Albany (New York), Suny Press, p. 53-71.

DAVIES, D., P. BURCH et V.R. JOHNSON (1992). *A Portrait of Schools Reaching Out: Report of a Survey of Practices and Policies of Family-Community-School Collaboration*, Boston, Center on Families, Communities, Schools and Children's Learning, 175 p.

DE ACOSTA, M. (1996). « A foundational approach to preparing teachers for family and community involvement in children's education », *Journal of Teacher Education*, vol. 47, nº 1, p. 9-15.

DESLANDES, R. (2000). « Relationships between student development, student gender and student support for family-school partnerships at the secondary level », *Symposium: Perspectives on Parental Involvement in Education: The Perspectives and Contributions of Multiple Stakeholders*, communication présentée au 2000 AERA Annual Meeting, New Orleans (Louisiane).

DESLANDES, R. (1999). « Une visée partenariale dans les relations entre l'école et les familles : Complémentarité de trois cadres conceptuels », *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 3, nºs 1 et 2, p. 30-47.

DESLANDES, R. (1996). *Collaboration entre l'école et les familles : Influence du style parental et de la participation parentale sur la réussite scolaire au secondaire*, thèse de doctorat non publiée, Québec, Université Laval, 265 p.

DESLANDES, R., et autres (1997). « School achievement at the secondary level: Influence of parenting style and parent involvement in schooling », *McGill Journal of Education*, vol. 32, p. 191-207.

DESLANDES, R., et autres (1995). « Validation d'instruments de mesure du style parental de la participation parentale dans le suivi scolaire », *Mesure et évaluation en éducation*, vol. 18, p. 63-79.

DESLANDES, R., et R. CLOUTIER (2000). « Engagement parental dans l'accompagnement scolaire et réussite des adolescents à l'école », *Bulletin de psychologie scolaire et d'orientation*, vol. 2, p. 1-21.

DESLANDES, R., et P. POTVIN (1998). « Les comportements des parents et les aspirations scolaires des adolescents », *La revue internationale de l'éducation familiale*, vol. 2, nº 1, p. 9-24.

DESLANDES, R., et É. ROYER (1997). « Family-related variables and school disciplinary events at the secondary level », *Behavioral Disorders*, vol. 23, nº 1, p. 18-28.

DEVELAY, M. (1998). *Parents, comment aider votre enfant ?*, Paris, ESF Éditeur, 124 p.

DIETRICH, A.P., et E.L. BAILEY (1996). « School climate: Common-sense solutions to complicated problems », *School Work Culture*, janvier, p. 16-25.

DORÉ-CÔTÉ, A. (en préparation). *La perception de la relation maître-élève comme élément favorisant l'engagement et l'autonomie selon l'intensité du risque d'abandon scolaire de l'élève*, thèse de doctorat en éducation, Montréal, Université du Québec à Montréal.

DORNBUSCH, S.M., et P.L. RITTER (1992). « Home-school processes in diverse ethnic groups, social classes, and family structures », dans S.L. Christenson et J.C. Conoley (sous la dir. de), *Home-School Collaboration: Enhancing Children's Academic and Social Competence*, Silver Spring (Maryland), The National Association of School Psychologists, p. 111-124.

DORNBUSCH, S.M., et P.L. RITTER (1988). « Parents of high school students: A neglected resource », *Educational Horizons*, vol. 66, nº 2, p. 75-77.

DRYFOOS, J. (1998). *Safe Passage: Making it Through Adolescence in a Risky Society*, New York, Oxford University Press, 292 p.

DRYFOOS, J. (1994). *Full Service Schools: A Revolution in Health and Social Services for Children, Youth, and Families*, San Francisco, Jossey Bass, 310 p.

DUNKLEE, D.R. (2000). *If You Want to Lead, not just Manage*, Thousand Oaks (Californie), Corwin Press, 154 p.

ECCLES, J.S., et autres (1996). « Schools, families, and early adolescents: What are we doing wrong and what can we do instead? », *Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 17, nº 4, p. 267-276.

ECCLES, J.S., et R.D. HAROLD (1996). « Family involvement in children's and adolescents' schooling », dans A. Booth et J. Dunn (sous la dir. de), *Family-School Links: How Do They Affect Educational Outcomes?*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 3-34.

ECCLES, J.S., et R.D. HAROLD (1993). « Parent-school involvement during the early adolescent years », *Teachers College Record*, vol. 94, nº 3, p. 568-587.

ECCLES, J.S., A. WIGFIELD et U. SCHIEFELE (1998). « Motivation to succeed », dans W. Damon (sous la dir. de), *Handbook of Child Psychology*, vol. 3, Toronto, John Wiley, p. 1017-1095.

EDWARDS, P.A., et L.S. JONES YOUNG (1992). « Beyond parents: Family, community, and school involvement », *Phi Delta Kappan*, vol. 74, n° 1, p. 72-80.

EPSTEIN, J.L. (1996a). « Perspectives and previews on research and policy for school, family, and community partnerships », dans A. Booth et J. Dunn (sous la dir. de), *Family-School Links: How Do They Affect Educational Outcomes?*, Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, p. 209-246.

EPSTEIN, J.L. (1996b). « Providing school-family-community partnerships in the middle grades », *Middle School Journal*, vol. 28, n° 2, p. 43-48.

EPSTEIN, J.L. (1995). « School/family/community partnerships. Caring for the children we share », *Phi Delta Kappan*, vol. 76, p. 701-712.

EPSTEIN, J.L. (1994). « Theory to practice: School and family partnerships lead to school improvement and student success », dans C. L. Fagnaru et B.Z. Werber (sous la dir. de), *School, Family and Community Interaction: A View from the Firing Lines*, Boulder (Colorado), Westview, p. 39-52.

EPSTEIN, J.L. (1992). « School and family partnerships », dans M. Alkin (sous la dir. de), *Encyclopedia of Educational Research*, New York, MacMillan, p. 1139-1151.

EPSTEIN, J.L. (1991). « Effects of teacher practices of parent involvement on student achievement in reading and math », dans S. Silvern (sous la dir. de), *Advances in Reading/Language Research*, vol. 5: *Literacy through Family, Community, and School Interaction*, Greenwich (Connecticut), JAI Press, p. 261-276.

EPSTEIN, J.L. (1990a). « School and family connections: Theory, research and implications for integrating sociologies of education and family », *Marriage and Family Review*, vol. 15, n^os 1-2, p. 99-126.

EPSTEIN, J.L. (1990b). « Single parents and the schools: Effects of marital status on parent and teacher interactions », dans M. T. Hallinan (sous la dir. de), *Change in Social Institutions*, New York, Plenum Press, p. 91-121.

EPSTEIN, J.L. (1989). « Family structures and student motivation: A developmental perspective », dans C. Ames et R. Ames (sous la dir. de), *Research on Motivation in Education: Goals and Cognitions*, San Diego (Californie), Academic Press, p. 259-295.

EPSTEIN, J.L. (1986). « Parents' reactions to teacher practices of parent involvement », *The Elementary School Journal*, vol. 86, p. 277-294.

EPSTEIN, J.L., et autres (1997). *School, Family, and Community Partnerships: Your Handbook for Action*, Thousand Oaks (Californie), Corwin Press, 229 p.

EPSTEIN, J.L., et H.J. BECKER (1982). « Teachers' reported practices of parent involvement: Problems and possibilities », *The Elementary School Journal*, vol. 83, n° 2, p. 103-105.

EPSTEIN, J.L., et L.J. CONNORS (1995). « School and family partnerships in the middle grades », dans B. Rutherford (sous la dir. de), *Creating Family/School Partnerships*, Columbus (Ohio), National Middle School Association, p. 137-165.

EPSTEIN, J.L., et L.J. CONNORS (1994). *Trust Fund. School, Family, and Community Partnerships in High Schools*, rapport nº 24, Baltimore (Maryland), Johns Hopkins University, Center on Families, Communities, Schools and Children's Learning, 50 p.

EPSTEIN, J.L., et L.J. CONNORS (1992). « School and family partnerships », *The Practitioner*, vol. XVII, nº 4, p. 1-8.

EPSTEIN, J.L., et S.L. DAUBER (1991). « School programs and teacher practices of parent involvement in inner-city elementary and middle schools », *Elementary School Journal*, vol. 91, nº 3, p. 289-303.

EPSTEIN, J.L., M.G. SANDERS et L.A. CLARK (1999). *Preparing Educators for School-Family-Community Partnerships: Results of a National Survey of Colleges and Universities*, rapport nº 34, Baltimore (Maryland), Johns Hopkins University, Center on Families, Communities, Schools and Children's Learning, 31 p.

FORTIN, L., et autres (sous presse). « Revue des facteurs de risque et de protection concernant l'adaptation sociale à l'adolescence », *Revue internationale de psychologie sociale*.

FORTIN, L., et autres (2000). *Les sous-groupes d'élèves à risque de décrochage scolaire du secondaire*, colloque sur les élèves qui risquent de décrocher, sur le thème : Une analyse des facteurs personnels, sociaux et environnementaux, 13e congrès international sur la recherche en éducation, Université de Sherbrooke, du 26 au 30 juin.

FROYEN, L.A., et A.M. IVERSON (1999). *Schoolwide and Classroom Management: The Reflective Educator-Leader*, Toronto, Prentice-Hall, 395 p.

GOTTFREDSON, D.C. (1986). « An empirical test of school-based environmental and individual interventions to reduce the risk of delinquency behavior », *Criminology*, vol. 24, nº 4, p. 705-732.

GOTTFREDSON, G.C., et D.C. GOTTFREDSON (1985). *Victimization in Schools*, New York, Plenum Press, 250 p.

GOUPIL, G. (1997). *Communications et relations entre l'école et la famille*, Montréal, Chenelière/McGraw-Hill, 145 p.

GROLNICK, W.S., et autres (1997). « Predictors of parent involvement in children's schooling », *Journal of Educational Psychology*, vol. 89, p. 1-11.

GROLNICK, W.S., C.O. KUROWSKY et S.T. GURLAND (1999). « Family processes and the development of children's self-regulation », *Educational Psychologist*, vol. 34, p. 3-14.

GROLNICK, W.S., et M.L. SLOWIACZEK (1994). « Parents' involvement in children's schooling: A multidimensional conceptualization and motivational model », *Child Development*, vol. 64, p. 237-252.

HANRAHAN, M. (1998). « The effect of learning environment factors on students' motivation and learning », *International Journal of Science Education*, vol. 20, nº 6, p. 737-753.

HARTER, S. (1996). « Teacher and classmate influences on scholastic motivation, self-esteem, and level of voice in adolescents », dans J. [illegible]en et K. Wentzel (sous la dir. de), *Social Motivation: Understanding Children's School Adjustment*, New York, Cambridge University Press, p. 11-42.

HAYNES, N.M., et autres (1996). « It takes a whole village: The SDP school », dans J.P. Comer, et autres (sous la dir. de), *Rallying the Whole Village: The Comer Process for Reforming Education*, New York, Teachers College, Columbia University, p. 42-71.

HENDERSON, J.G., et R.D. HAWTHORNE (1995). *Transformative Curriculum Leadership*, Englewood Cliffs (New Jersey), Merrill, 164 p.

HIMRIECH, M., et M. THÉORÊT (1997). « L'abandon scolaire au secondaire : Une comparaison entre les élèves montréalais nés au Canada et ceux nés à l'étranger », *Canadian Journal of Education*, vol. 22, nº 3, p. 269-282.

HOOVER-DEMPSEY, K.V., et H.M. SANDLER (1997). « Why do parents become involved in their children's education? », *Review of Educational Research*, vol. 67, nº 1, p. 3-42.

HOOVER-DEMPSEY, K.V., et H.M. SANDLER (1995). « Parental involvement in children's education: Why does it make a difference? », *Teachers College Record*, vol. 95, p. 310-331.

JANOSZ, M., P. GEORGES et S. PARENT (1998). « L'environnement socioéducatif à l'école secondaire : un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 27, nº 2, p. 285-306.

JANOSZ, M., et M. LEBLANC (1996). « Pour une vision intégrative des facteurs reliés à l'abandon scolaire », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 22, nº 1, p. 33-55.

JANOSZ, M., et D. LECLERC (1993). « L'intervention psychoéducative à l'école secondaire : intervenir sur l'individu ou sur son milieu? », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 25, nº 1, p. 61-88.

JOHNSON, D.W., et autres (1992). « Teaching students to be peer mediators », *Educational Leadership*, vol. 50, nº 1, p. 11-12.

JONES, V.F., et L.S. JONES (1998). *Comprehensive Classroom Management: Creating Communities of Support and Problem Solving*, 5e édition, Boston (Massachusetts), Allyn et Bacon, 444 p.

KEITH, T.Z., et autres (1986). « Parental involvement, homework, and TV time: Direct and indirect effects on high school achievement », *Journal of Educational Psychology*, vol. 78, p. 373-380.

KOFFI, V., P. LAURIN et A. MOREAU (1998). *Quand l'école se prend en main*, Québec, Les Presses de l'université du Québec, 258 p.

LAFORTUNE, L., C. DEAUDELIN et R. DESLANDES (projet en cours). *Formation à l'accompagnement dans l'esprit du nouveau curriculum scolaire au Québec*, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

LAMBORN, S.D., et autres (1991). « Patterns of compence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglecful families », *Child Development*, vol. 62, p. 1049-1065.

LANGEVIN, L. (1994). *L'abandon scolaire : On ne naît pas décrocheur*, Montréal, Les Éditions Logiques, 379 p.

LEBRUN, M., et autres (projet en cours). *Devenir compétent en lecture au secondaire*, Fonds pour la formation des chercheurs et de l'aide à la recherche, Conseil québécois de la recherche sociale, ministère de la Culture et des Communications, ministère de l'Éducation du Québec, ministère de la Famille et de l'Enfance.

LEE, S. (1994). *Family-School Connections and Students' Education: Continuity and Change of Family Involvement from the Middle Grades to High School*, thèse de doctorat, Baltimore (Maryland), The Johns Hopkins University, 421 p.

LEFEBVRE, S., et C. DEAUDELIN (soumis pour publication). « L'impact d'une stratégie d'apprentissage par les pairs sur les interactions d'élèves du primaire et leur performance à l'écrit en contexte informatisé ».

LEGAULT, J.P. (1993). *La gestion disciplinaire de la classe*, Montréal, Les Éditions Logiques, 126 p.

LIGHTFOOT, S.L. (1978). *Worlds Apart: Relationships between Families and Schools*, New York, Basic Books, 257 p.

LEITCH, M.L., et S.S. TANGRI (1988). « Barriers to home-school collaboration », *Educational Horizons*, vol. 66, p. 70-74.

MAEHR, M.L. et C. MIDGLEY (1996). *Transforming School Cultures*, Boulder (Colorado), Westview Press, 252 p.

MALO, C. (2000). *Analyse du déroulement et de l'implantation du projet Espace-Jeunesse*, rapport de recherche présenté aux centres jeunesse de Montréal, Institut de recherche pour le développement social des jeunes, École de service social, Montréal, Université de Montréal, 121 p.

MARCOTTE, D., et D. LECLERC (soumis pour publication). « Les schèmes cognitifs des adolescents dépressifs et l'impact de la dépression sur le rendement scolaire ».

MICHEL, G.J. (1997). *Building Schools: The New School and Community Relations*, Lancaster (Pennsylvanie), Technomic Publishing, 317 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION (1999). *Prendre le virage du succès : Soutenir l'école montréalaise – Plan d'action ministériel pour la réforme de l'éducation*, Québec, ministère de l'Éducation, 46 p.

MOLES, O. (1999). *Overcoming Barriers to Family Involvement in Low-Income Area Schools*, communication présentée à la conférence de l'European Research Network about Parents in Education, Amsterdam (Pays-Bas).

NAULT, T. (1994). *L'enseignant et la gestion de la classe : Comment se donner la liberté d'enseigner*, Montréal, Les Éditions Logiques, 117 p.

NETTLES, S.M. (1991). « Community involvement and disadvantaged students: A review », *Review of Educational Research*, vol. 61, p. 379-406.

NODDINGS, N. (1992). *The Challenge to Care in Schools*, New York, Teachers College Press, 191 p.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (1997). *Les parents partenaires de l'école*, Paris, Centre pour la recherche sur l'innovation dans l'enseignement, 190 p.

OTTO, L.B., et M.P. ATKINSON (1997). « Parental involvement and adolescent development », *Journal of Adolescent Research*, vol. 12, p. 68-89.

PATRIKAKOU, E.N. (1996). « Investigating the academic achievement of adolescents with learning disabilities: A structural modeling approach », *Journal of Educational Psychology*, vol. 88, nº 3, p. 435-450.

PAULSON, S.E. (1994). « Relations of parenting style and parental involvement with ninth-grade students' achievement », *Journal of Early Adolescence*, vol. 14, nº 2, p. 250-267.

PAULSON, S.E., et C.L. SPUTA (1996). « Patterns of parenting during adolescence: Perceptions of adolescents and parents », *Adolescence*, vol. 31, p. 369-381.

PELCO, L.E., et R.R. RIES (1999). « Teachers' attitudes and behaviors towards family-school partnerships », *School Psychology International*, vol. 20, nº 3, p. 265-277.

PERRENOUD, P. (1999). *Dix nouvelles compétences pour enseigner*, Paris, ESF Éditeur, 188 p.

PLUCKER, J.A. (1998). « The relationship between school climate conditions and student aspirations », *The Journal of Educational Research*, vol. 91, nº 4, p. 240-246.

POTVIN, P., et autres (1999). « Risque d'abandon scolaire, style parental et participation parentale au suivi scolaire », *Revue canadienne de l'éducation*, vol. 2, nº 5, p. 441-453.

POTVIN, P., L. PARADIS et B. POULIOT (2000). « Attitudes des enseignantes de la maternelle selon le sexe des élèves », *Revue des sciences de l'éducation*, vol. XXVI, nº 1, p. 35-54.

PRESSEAU, A. (projet en cours). *Entre les curriculums du secondaire et les élèves : Le rôle des enseignants dans le développement et l'évaluation des compétences transversales et transférables chez les élèves*, FIR 2000-2001 : Volet émergence des nouveaux chercheurs, Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.

RICE, R. (1998). « Preparing teachers to work with families and communities », *Family as Educators Newsletter*, hiver 1998, p. 3-4.

RUMBERGER, R.W., et autres (1990). « Family influences on dropout behavior in one California high school », *Sociology of Education*, vol. 63, p. 283-299.

SAINT-LAURENT, L., et autres (1994). « Enquête sur la collaboration famille-école », *Revue canadienne de l'éducation*, vol. 19, nº 3, p. 270-286.

SANDERS, M.G. (sous presse). « The role of "community" in comprehensive school, family, and community partnership programs », *The Elementary School Journal*.

SCHORR, L.B. (1997). *Common Purpose: Strengthening Families and Neighbourhoods to Rebuild America*, New York, Anchor Book, 482 p.

SEELY, D.S. (1991). « A new paradigm for parent involvement », *Educational Leadership*, vol. 47, nº 2, p. 46-48.

SKINNER, E.A., et J.J. BELMONT (1993). « Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year », *Journal of Educational Psychology*, vol. 85, nº 4, p. 571-581.

SLAVIN, R.E. (1996). « Cooperative learning in middle and secondary schools », *The Clearing House*, vol. 69, nº 4, p. 200-204.

SMALL, S.A., et G. EASTMAN (1991). « Rearing adolescents in contemporary society: A conceptual framework for understanding the responsibilities and needs of parents », *Family Relations*, vol. 40, p. 455-462.

STEINBERG, L. (1996). *Beyond the Classroom: Why School Reform Has Failed and What Parents Need to Do*, New York, Simon et Schuster, 223 p.

STEINBERG, L., et autres (1992). « Impact of parenting practices on adolescent achievement: Authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed », *Child Development*, vol. 63, p. 1266-1281.

STEVENSON, D.L., et D.P. BAKER (1987). « The family-school relation and the child's school performance », *Child Development*, vol. 58, p. 1348-1357.

SWAP, S.M. (1993). *Developing Home-School Partnerships: From Concepts to Practice*, New York, Teachers College, 213 p.

TRUSTY, J. (1996). « Relationship of parent involvement in teens' career development to teens' attitudes, perceptions, and behavior », *Journal of Research and Development in Education*, vol. 30, p. 317-323.

U.S. DEPARTMENT OF EDUCATION (1996). *Putting the Pieces Together: Comprehensive School-Linked Strategies for Children and Families*, Washington (District de Columbia), U.S. Department of Education, 190 p.

VALLERAND, R.J., M.S. FORTIER et F. GUAY (1997). « Self-determination and persistence in a real-life sting: Toward a motivational model of high school dropout », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 72, nº 5, p. 1161-1176.

WALBERG, H.J. (1984). « Families as partners in educational productivity », *Phi Delta Kappan*, vol. 65, p. 397-400.

WANG, M.C., G.D. HAERTEL et H.J. WALBERG (1993). « Toward a knowledge base for school learning », *Review of Educational Research*, vol. 63, nº 3, p. 249-294.

WENTZEL, K.R. (1999a). « Social-motivational processes and interpersonal relationships: Implications for understanding motivation at school », *Journal of Educational Psychology*, vol. 91, nº 1, p. 76-97.

WENTZEL, K.R. (1999b). « Social influences on school adjustment: Commentary », *Educational Psychologist*, vol. 34, n° 1, p. 59-69.

WENTZEL, K.R. (1998). « Social relationships and motivation in middle school: The role of parents, teachers, and peers », *Journal of Educational Psychology*, vol. 90, n° 2, p. 202-209.

WUBBELS, T., et autres. (1993). *The Model for Interpersonal Teacher Behavior: Do You Know What You Look Like? Interpersonal Relationship in Education*, Washington, The Falmer Press, 198 p.

CONCLUSION

Le but premier du présent ouvrage est de livrer une synthèse des connaissances les plus récentes sur différents déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire. Les chapitres qui précèdent ont ainsi permis de cerner de plus près sept de ces déterminants clés, à savoir la relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents, la compétence sociale, le soutien social, le concept de soi (ou l'estime de soi), l'alimentation, l'activité physique et l'environnement scolaire. En plus de définir chacun des déterminants, on aborde dans les chapitres les aspects particuliers de la santé et du bien-être susceptibles d'être affectés par chacun d'entre eux, les processus selon lesquels chacun influe sur la santé et le bien-être, les interactions entre certains d'entre eux ainsi que les interventions efficaces ou prometteuses qui permettent d'agir sur ces déterminants dans le sens de la santé et du bien-être des jeunes de 6 à 17 ans.

La partie finale offre un regard d'ensemble sur les déterminants retenus afin, d'une part, de mieux nous faire saisir leur action combinée et, d'autre part, de nous permettre de dégager le fil conducteur des interventions à mettre en place pour influencer positivement la santé et le bien-être des enfants d'âge scolaire. L'examen du processus dynamique, qui illustre l'action et les différentes interactions de chacun des déterminants, prouve qu'il faut considérer ces déterminants dans un ensemble plutôt qu'isolément. Non seulement une telle perspective assure-t-elle une meilleure compréhension de la façon dont les déterminants agissent, mais elle ouvre également la voie à des interventions multidimensionnelles susceptibles d'influencer un ensemble de déterminants qui sont interreliés. C'est donc en considérant l'ensemble des déterminants retenus que l'on tentera ici de fournir des éléments de réponse à la question suivante : comment assurer la santé et le bien-être des enfants d'âge scolaire ?

Cette réponse ne sera que partielle en raison des choix qui ont guidé la démarche empruntée pour préparer le présent ouvrage, et dont nous rappelons brièvement les éléments essentiels. En premier lieu, l'ouvrage s'inscrit résolument dans une perspective de promotion de la santé et vise à reconnaître les moyens les plus sûrs de soutenir les enfants et les adolescents dans la construction et le maintien de leur santé et de leur bien-être ; c'est donc en fonction d'interventions axées sur la promotion que seront abordés les éléments de réponse à la question posée.

En second lieu, nous n'avons examiné que certains déterminants microsystémiques de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents, c'est-à-dire des caractéristiques et des comportements individuels, ainsi que les milieux de vie immédiats, principalement la famille et l'école. On ne veut aucunement par là nier l'importance des facteurs relatifs à l'environnement social et politique élargi sur la santé et le bien-être de la population des jeunes. Nous reconnaissons, par exemple, les effets délétères des inégalités sociales sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Le choix des déterminants a été dicté par la préoccupation de cerner un ensemble de facteurs susceptibles d'exiger une attention simultanée, particulièrement de la part des acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, en ce qui concerne l'élaboration et la planification des interventions dans le contexte de la vie quotidienne des enfants et des adolescents.

Les déterminants seront donc examinés à la lumière de l'influence qu'ils sont susceptibles d'avoir sur différents aspects de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire. Les interventions reconnues comme efficaces ou prometteuses pour agir sur ces déterminants seront par la suite analysées en privilégiant l'angle de la cohérence et de l'intégration des interventions. Enfin, nous énoncerons certaines conditions favorables à l'élaboration et à l'implantation d'un programme d'intervention qui respecte de tels critères.

Les déterminants clés de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire

De saines habitudes de vie sont indéniablement des déterminants importants de la santé et du bien-être immédiats des enfants et des adolescents et, à plusieurs égards, de la santé et du bien-être des adultes qu'ils deviendront. L'examen plus approfondi de l'influence de l'alimentation et de l'activité physique durant l'enfance et l'adolescence corrobore cette observation générale (voir les chapitres 5 et 6). Ces déterminants affectent avant tout des dimensions relatives à la santé physique.

Ainsi, la pratique régulière d'*activités physiques* durant l'enfance et l'adolescence contribue, en premier lieu, à développer les habiletés motrices de base. La pratique régulière d'activités physiques favorise, en second lieu, le développement optimal des tissus osseux et musculaire chez les enfants. Certains types d'activités physiques permettraient ainsi de réduire le risque d'être atteint d'ostéoporose à l'âge adulte. De façon générale, on a toutefois peu de connaissances sur les effets à long terme de la pratique d'activités physiques durant l'enfance et l'adolescence. Les effets, par exemple, de l'activité physique sur les maladies cardiovasculaires en général ne persisteraient à l'âge adulte que s'il y a poursuite de l'activité physique pratiquée régulièrement. On reconnaît toutefois que la pratique régulière d'activités physiques pendant l'enfance et l'adolescence, en permettant l'apprentissage des

habiletés motrices fondamentales et en développant le goût de l'activité physique, favorise le maintien d'un mode de vie physiquement actif à l'âge adulte. On noterait enfin une tendance à un mode de vie plus sain, notamment au regard du tabagisme, de l'alimentation et du sommeil, chez les jeunes physiquement actifs; les corrélations observées seraient toutefois faibles.

Par ailleurs, la pratique de l'activité physique, combinée à une saine alimentation, permettrait de prévenir l'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents, et ce, jusqu'à l'âge adulte, contribuant du même coup à réduire les risques d'hypertension, de diabète, de maladies coronariennes et de décès prématurés associés à l'obésité chez les adultes.

L'*alimentation* joue également un rôle important dans la croissance et le développement des enfants et des adolescents, et ce, dès la grossesse de la mère. En effet, la saine alimentation de la mère durant la grossesse est un facteur associé à la santé de l'enfant, notamment en ce qui concerne un poids suffisant à la naissance et la prévention de certains problèmes comme les malformations du tube neural. Par ailleurs, une saine alimentation favoriserait aussi la santé dentaire des enfants et des adolescents.

L'alimentation saine exercerait de plus une influence positive sur le système immunitaire durant toute la vie. On reconnaît enfin qu'une saine alimentation contribuerait à diminuer les risques de problèmes de santé chroniques prédominants, soit le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité, dont il a été question précédemment.

Si, dans l'ensemble, les saines habitudes de vie sont avant tout associées à la santé physique, leur effet ne se limite pas à ce seul aspect de la santé et du bien-être. Ainsi, la pratique encadrée d'activités physiques et sportives constituerait une excellente façon de développer des compétences – non seulement des compétences physiques et motrices mais également des compétences sociales –, par les échanges qu'elle suscite entre pairs et les nombreux apprentissages sociaux qu'elle exige, comme le respect des règles et des codes de conduite. La pratique d'activités physiques et sportives, en réunissant un groupe d'adeptes, fournit un contexte social qui s'ajoute à la famille et à l'école comme source potentielle de soutien social pour les enfants et les adolescents. De plus, la pratique d'activités physiques favoriserait également la santé mentale des enfants et des adolescents. L'état de relaxation provoqué par la pratique régulière d'activités physiques réduirait en effet le stress et l'anxiété, diminuant du même coup les risques de dépression.

L'alimentation, de son côté, contribue à la croissance des enfants et des adolescents, tant dans le domaine physique que dans le domaine cognitif. En effet, une alimentation adéquate contribue au maintien des capacités d'attention et de concentration qui créent un contexte favorable aux apprentissages et, par conséquent, au succès scolaire.

Les compétences personnelles et sociales des enfants et des adolescents représentent, à coup sûr, d'autres déterminants essentiels de la santé et du bien-être présents et futurs de ces jeunes. L'enfance et l'adolescence constituent des périodes d'acquisition majeure durant lesquelles se développent tout un éventail d'habiletés, que ce soit dans le domaine cognitif, physique ou moteur, dans celui des communications verbales et écrites ou encore dans le domaine socioaffectif. Les compétences personnelles et sociales sont, jusqu'à un certain point, les moyens que se donnent les enfants et les adolescents pour appréhender la réalité et pour la maîtriser. L'évaluation qu'ils font de leurs compétences contribue de plus au *concept de soi* qui représente un médiateur important relativement à plusieurs aspects de la santé et du bien-être; or, le fait de posséder diverses compétences est une condition essentielle à un concept de soi positif (voir le chapitre 4).

Nous avons approfondi, dans le présent volume, l'examen de la *compétence sociale* en raison de la place centrale qu'occupe l'exercice de cette compétence dans le processus d'adaptation sociale et dans la santé mentale des enfants et des adolescents (voir le chapitre 2). Le manque de compétence sociale, c'est-à-dire l'incapacité de transiger harmonieusement avec les autres, peut compromettre l'adaptation sociale et conduire à des problèmes de délinquance, de consommation d'alcool et de drogues ainsi qu'à des comportements antisociaux à l'âge adulte. Le manque de compétence sociale peut également provoquer l'isolement et le retrait social, augmentant ainsi les risques de problèmes de santé mentale en général.

La compétence sociale joue également un rôle majeur dans le processus d'adaptation scolaire des enfants et des adolescents. En effet, au début de la scolarisation ou à l'arrivée dans une nouvelle classe ou dans une nouvelle école, les enfants compétents socialement sont mieux acceptés par leurs pairs et par leurs enseignants. La qualité de leurs contacts sociaux fait que les enfants et les adolescents se sentent à l'aise à l'école, ce qui crée un contexte favorable à l'apprentissage. Les élèves compétents socialement ont ainsi une probabilité plus élevée que ceux qui n'affichent pas une telle compétence d'avoir un rendement scolaire satisfaisant et de connaître un cheminement scolaire qui les met à l'abri de l'absentéisme et de l'abandon.

Les environnements humains dans lesquels évoluent les enfants et les adolescents sont aussi des déterminants clés qui exercent une influence prépondérante sur tous les aspects de leur santé et de leur bien-être. Les parents, les enseignants, les autres adultes importants de leur entourage et les pairs sont autant de personnes qui seront marquantes, en particulier pour leur adaptation sociale et leur santé mentale. C'est dans la famille, à l'école et dans les groupes de pairs auxquels ils appartiennent que les enfants et les adolescents établiront les premières relations affectives et sociales qui détermineront, en bonne partie, la qualité de leurs échanges avec les autres. C'est dans ces milieux qu'ils construiront, petit à petit,

les systèmes de soutien social dont ils sauront s'entourer. Ces relations sont particulièrement cruciales pour le développement de leurs compétences, telle leur compétence sociale, et pour les choix qu'ils feront, notamment au regard des habitudes de vie qu'ils adopteront. Les relations sociales sont également essentielles à l'élaboration de leur concept de soi, le regard de ceux qui les entourent contribuant au jugement qu'ils porteront sur leurs propres compétences.

Les parents constituent bien sûr le premier environnement humain susceptible d'agir sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents (voir le chapitre 1). Les aspects relatifs à la *relation parents-enfants* et à l'*exercice de la discipline* affectent de façon particulière l'adaptation sociale des enfants et des adolescents par l'influence qu'ils exercent sur l'acquisition de la compétence sociale. Le type d'attachement qui lie l'enfant à ses parents au début de sa vie jette les premiers jalons des autres relations sociales qu'il établira ultérieurement. Tout se passe comme si la sensibilité et la disponibilité des parents à répondre aux besoins du jeune enfant permettaient à celui-ci d'entrer avec confiance dans l'univers des relations sociales. Les enfants qui, au contraire, ne sont pas comblés par une telle relation risqueraient davantage de présenter des troubles du comportement, comme l'agressivité ou le retrait social, des problèmes de délinquance et des comportements antisociaux à l'âge adulte. Un déficit dans l'affection exprimée par les parents peut même conduire à différents problèmes d'internalisation et à la dépression. De plus, ces enfants ne s'aventurent pas avec la même confiance dans l'exploration de leur environnement, d'où leur plus grande susceptibilité à présenter des retards de développement et des lacunes dans l'acquisition de diverses compétences.

La façon dont les parents exercent la *discipline* et l'*encadrement* des différentes activités de l'enfant et de l'adolescent est également cruciale pour sa santé et son bien-être. Ainsi, les enfants qui sont soumis à une discipline consistante et qui ont des parents chaleureux sachant établir et faire respecter des limites claires et raisonnables ont plus de chances de devenir socialement compétents. Au contraire, la frustration générée par une discipline coercitive, tout comme l'exposition à des méthodes disciplinaires qui font appel à la violence, peut créer un terrain propice à la manifestation de comportements agressifs chez les enfants. Par ailleurs, des pratiques parentales visant notamment à superviser les relations avec les pairs et à encadrer la vie scolaire constituent des atouts importants pour l'adaptation sociale des enfants et des adolescents.

Il importe de souligner le défi considérable que représente l'adaptation des parents à l'autonomie grandissante des adolescents. Tant la qualité de la relation que les parents établissent et maintiennent avec leur enfant que leur façon d'encadrer ce dernier et de superviser ses activités sont essentielles, et ce, jusqu'à l'adolescence. Il paraît important en effet de rappeler que, en dépit de l'importance que

prennent les pairs à l'adolescence, le rôle des parents auprès de l'adolescent demeure essentiel, notamment au regard des choix qu'il fait relativement aux amis et aux groupes de pairs auxquels il appartient, de l'importance qu'il accorde à ses études et de l'adoption de différentes habitudes de vie.

Le milieu familial n'est toutefois pas le seul environnement à exercer une influence prépondérante sur les enfants et les adolescents. En effet, l'*environnement scolaire* est un déterminant essentiel de l'adaptation scolaire, incluant le rendement scolaire et les comportements sociaux (voir le chapitre 7). Alors que l'école est avant tout considérée comme le milieu par excellence pour acquérir des compétences, en particulier celles qui relèvent du domaine cognitif, elle représente également un lieu de socialisation privilégié. Ce dernier constat étonne peu, le milieu scolaire représentant, pour la majorité des enfants et des adolescents et après la famille immédiate, l'environnement humain le plus stable. Si l'école est un puissant déterminant des compétences cognitives et du rendement scolaire, elle influence également le système de soutien social des enfants et des adolescents ainsi que leur compétence sociale. Les *pratiques pédagogiques* auxquelles recourent les enseignants, le *climat* qui prévaut à l'école et l'*ouverture manifestée par l'école à l'égard des parents et du reste de la communauté* sont autant de caractéristiques susceptibles d'avoir un effet sur les enfants d'âge scolaire.

Ainsi, les élèves réussissent mieux à l'école si leurs enseignants ont recours à des stratégies d'enseignement basées sur la coopération et s'ils se préoccupent non seulement du résultat obtenu par les élèves, mais aussi des stratégies d'apprentissage auxquelles ils ont recours. Par ailleurs, un bon encadrement des élèves, à partir de règles claires et transparentes appliquées avec justice et consistance, crée un environnement favorable à l'apprentissage et encourage les comportements socialement acceptables.

Le climat qui prévaut à l'école, notamment au regard de la qualité des relations interpersonnelles et du soutien offert aux élèves, peut contribuer à l'adaptation scolaire des élèves. Un tel climat peut également contribuer à renforcer le système de soutien social des enfants et des adolescents et, de là, favoriser le développement de la compétence sociale.

Enfin, la capacité de l'école à établir des liens positifs avec les parents des élèves et avec la communauté environnante constitue également un déterminant de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. L'ouverture de l'école aux parents encourage ces derniers à s'engager dans le suivi scolaire de leur enfant, ce qui, comme nous l'avons vu précédemment, augmente les chances de succès scolaire et de persistance dans les études. Par ailleurs, l'établissement d'une solide collaboration entre l'école et la communauté multiplie les occasions pour les

enfants et les adolescents de se développer en accomplissant des activités diversifiées et en participant à différentes organisations et institutions de la communauté. La communauté peut en effet enrichir le programme des activités parascolaires; ces activités permettent aux élèves de parfaire leurs habiletés dans d'autres domaines que le domaine strictement scolaire, tout en donnant des occasions d'établir des contacts sociaux qui favorisent un bon système de soutien social et la compétence sociale.

Il semble évident qu'un effet important des différents environnements humains, auxquels participent l'enfant et l'adolescent, est de renforcer le système de *soutien social* de ces jeunes. Des parents sensibles et disponibles, des enseignants motivants et attentionnés, des pairs avec qui partager des expériences d'apprentissage scolaire et des activités diversifiées représentent autant de personnes susceptibles d'entourer les enfants et les adolescents du soutien dont ils ont besoin, que ce soit sous forme d'aide, d'information, de conseils ou d'accompagnement (voir le chapitre 3). Or, le soutien social contribuerait à la santé physique par son influence positive sur les fonctions cardiovasculaire, endocrinienne et immunologique. Le fait de disposer d'un bon système de soutien social agirait sur la santé physique en procurant un sentiment de confort, qui renforce la résistance à la maladie, ou encore en réduisant le stress ou en modifiant la façon dont les personnes y réagissent. De plus, un bon système de soutien social crée un contexte favorable à la compétence sociale, réduisant la probabilité de problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale associés aux difficultés dans les relations avec les pairs, au rejet et au retrait social.

Le soutien social remplit également une fonction d'appréciation et de reconnaissance qui permet aux enfants et aux adolescents de se sentir appréciés et valorisés, ce qui contribue au développement d'un *concept de soi* sain. Un bon concept de soi se construit en effet sur la base des compétences acquises par les enfants et les adolescents, compétences reconnues et valorisées par les personnes importantes qui les entourent (voir le chapitre 4). Pour un certain nombre d'entre eux, un concept de soi sain préviendrait l'idéation suicidaire et les affects dépressifs.

L'examen des milieux de vie habituels des enfants et des adolescents confirme que ces environnements sont des déterminants de premier ordre en ce qui concerne la santé et le bien-être des jeunes. C'est dans ces environnements qu'ils puiseront le soutien social dont ils ont besoin pour relever les défis de la vie quotidienne et pour développer leur concept de soi. C'est également dans ces environnements qu'ils acquerront des compétences de base, dont la compétence sociale, qui feront d'eux des adultes autonomes, capables d'établir des relations harmonieuses avec les autres, de résoudre des problèmes et de prendre des décisions éclairées, notamment celles qui se rapportent à leur santé et à leur bien-être.

Les interventions sur les déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents

L'examen approfondi des principaux facteurs microsystémiques qui interagissent dans la vie des enfants et des adolescents permet tant d'établir les objectifs à poursuivre afin que les jeunes puissent bâtir graduellement leur santé et leur bien-être que de déterminer les cibles d'intervention.

Les objectifs généraux des interventions peuvent s'énoncer ainsi :

- Permettre aux enfants et aux adolescents :
  - de développer leurs compétences de base, en particulier leur compétence sociale ;
  - d'acquérir de saines habitudes de vie, notamment au regard de l'activité physique et de l'alimentation ;
  - de disposer d'un système de soutien social adéquat.

Les cibles d'intervention, pour leur part, sont :

- les enfants et les adolescents eux-mêmes ;
- les personnes qui font partie de leur environnement quotidien, c'est-à-dire leurs parents, les pairs, les acteurs du milieu scolaire et les autres adultes importants.

Un regard sur les différentes interventions expérimentées et évaluées a permis de vérifier, d'une part, s'il existe des moyens efficaces pour influencer ces déterminants dans le sens de la santé et du bien-être des jeunes et, d'autre part, s'il est possible de les intégrer dans un programme cohérent de promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents.

Les interventions axées sur la promotion qui semblent efficaces et prometteuses – elles ont été décrites à l'intérieur de chacun des chapitres portant sur les déterminants –, ont été intégrées dans la programmation présentée dans le tableau 11. Par intervention efficace, nous entendons toute intervention qui a fait l'objet d'évaluations rigoureuses et dont les résultats ont permis d'établir qu'elle pouvait influencer les déterminants ciblés dans la direction voulue, en fonction de l'une ou l'autre des différentes dimensions de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents – santé physique, santé mentale, adaptation sociale. Les interventions prometteuses, pour leur part, sont celles qui reposent sur un modèle théorique accepté par les experts dans le domaine, mais dont l'efficacité n'est pas dûment établie par des évaluations rigoureuses. Il est possible, à la lumière de l'information contenue dans le tableau qui suit, de déterminer les éléments essentiels d'une programmation axée sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents.

TABLEAU 11
Interventions efficaces ou prometteuses pour faire la promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents

Sensibilisation des parents aux effets positifs d'un style éducatif approprié	• Campagne d'information de masse* • Bulletin d'information*
Éducation et formation parentales	• Groupe d'éducation et de formation parentales* • Programme de soutien des parents axé sur le rendement scolaire*
Développement de la compétence sociale et des autres compétences chez l'enfant et l'adolescent	• Programme de soutien de la compétence sociale mené en classe par les enseignants • Formation des enseignants (stratégies d'apprentissage, soutien de la compétence sociale) • Activités culturelles, sportives et communautaires diversifiées et accessibles à tous
Éducation à la santé	• Promotion de l'activité physique auprès des enfants, des adolescents et de leur entourage en tenant compte du profil motivationnel des jeunes • Programme continu d'information en nutrition
Amélioration de l'environnement physique	• Mise en place de conditions favorisant la pratique d'une variété d'activités physiques (installations, équipements, programmes scolaires et sportifs, transport, encadrement) • Programme en alimentation, offert dans les écoles, qui intègre les dimensions suivantes : contrôle de la quantité et de la valeur nutritionnelle des aliments servis à l'école, formation du personnel responsable des services alimentaires, lien avec les programmes d'information en nutrition
Amélioration de l'environnement social	• Modification de l'environnement social • Interventions centrées sur l'environnement scolaire, le climat scolaire ou les pratiques pédagogiques • Collaboration entre l'école, la famille et la communauté*

* Les astérisques marquent les interventions dont l'efficacité devra être confirmée par de nouvelles évaluations.

La sensibilisation des parents aux effets d'un style éducatif démocratique

Il existe, à l'heure actuelle, peu d'interventions susceptibles de renseigner les parents sur les effets des différents styles éducatifs qu'ils peuvent adopter en ce qui concerne l'expression de leur affection, l'exercice de la discipline et l'encadrement des activités de leur enfant d'âge scolaire. Les parents manquent souvent d'information quant à l'influence des pratiques éducatives qu'ils utilisent avec leur enfant[1]. Par ailleurs, plusieurs parents se sentent souvent démunis devant l'autonomie

1. Les résultats de la récente enquête de l'Institut de la statistique du Québec sur la violence familiale à l'endroit des enfants soulignaient, à cet effet, le manque de clarté et d'unanimité des mères québécoises quant aux méthodes disciplinaires inspirées d'une approche chaleureuse et pacifique (voir M.È. CLÉMENT et autres [2000]. *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, 117 p.)

que leur adolescent acquiert progressivement et ils ignorent l'importance de continuer à le superviser, notamment en ce qui concerne les activités auxquelles il participe et les groupes de pairs qu'il rencontre. Une **campagne d'information de masse** ainsi qu'un **bulletin d'information**, qui serait spécialement conçu pour les parents d'enfants d'âge scolaire et qui serait distribué à des périodes clés du développement, apparaissent comme des moyens prometteurs pour promouvoir un style éducatif adéquat et pour atteindre, simultanément, certains objectifs d'éducation parentale. Le bulletin d'information constitue, notamment, un moyen peu coûteux et approprié pour communiquer avec la population générale des parents. Des recherches sont toutefois nécessaires pour s'assurer qu'une campagne d'information ou un bulletin d'information sont des interventions efficaces au regard de l'adoption d'un style éducatif approprié par les parents d'enfants âgés de 6 à 17 ans.

L'éducation et la formation parentales

Certains parents peuvent avoir besoin d'une intervention plus soutenue pour maintenir une relation chaleureuse et sensible avec leur enfant ou leur adolescent ainsi que pour recourir à des méthodes de discipline et d'encadrement adéquates. Les **groupes d'éducation et de formation parentales** sont souvent utilisés à cette fin. On connaît toutefois peu l'effet de ces groupes dans la population générale des parents d'enfants en âge de fréquenter l'école et des parents d'adolescents. L'évaluation rigoureuse de tels programmes, utilisés dans une perspective de promotion auprès de parents d'enfants de différents âges, serait souhaitable.

Par ailleurs, certains programmes destinés aux parents sont axés de façon particulière sur l'encadrement des enfants dans leurs devoirs et leurs leçons : il s'agit des **programmes de soutien des parents axés sur le rendement scolaire** des enfants. De tels programmes visent à rendre les parents capables d'encadrer adéquatement leur enfant dans ses travaux scolaires et de stimuler chez lui l'apprentissage des différentes matières scolaires.

Le développement des compétences de base des enfants et des adolescents

La compétence sociale est l'une de celles que doivent développer les enfants et les adolescents. Des **programmes de soutien de la compétence sociale menés en classe par les enseignants** se sont montrés efficaces pour favoriser l'acquisition, par les enfants, des habiletés sociales leur permettant d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes avec les pairs et les adultes. Il est par ailleurs évident que les enseignants, en fonction du rôle qui leur est dévolu, contribuent à soutenir l'acquisition de nombreuses autres compétences par les enfants et les adolescents, notamment pour tout ce qui concerne les matières scolaires comme la lecture, l'écriture et les mathématiques.

Comme l'école constitue un lieu privilégié pour l'acquisition de compétences diverses, incluant la compétence sociale, il paraît essentiel que la **formation des enseignants** soit axée sur les pratiques pédagogiques les plus susceptibles de favoriser l'apprentissage chez les enfants et les adolescents, notamment les pratiques qui encouragent la participation des élèves – comme les pratiques d'enseignement coopératif – et qui mettent l'accent sur les stratégies d'apprentissage plutôt que sur les seuls résultats liés à une tâche. Par ailleurs, des programmes visent précisément le soutien des enseignants dans la mise en œuvre de différentes stratégies et l'organisation d'activités menées en classe qui sont axées sur le développement de la compétence sociale.

L'accessibilité à des activités diversifiées, qui peuvent être d'ordre sportif, culturel ou communautaire, peut également grandement contribuer au développement des compétences. En effet, plusieurs activités artistiques, culturelles, physiques et sportives permettent de développer des compétences diversifiées et peuvent être offertes dans le cadre des activités parascolaires. L'école ne représente toutefois pas le seul lieu d'acquisition de ces compétences qui peuvent s'exercer en dehors du milieu scolaire. Différentes associations et corporations axées sur les loisirs, les sports et les activités culturelles ou artistiques peuvent s'avérer de précieux partenaires pour augmenter l'accessibilité, pour l'ensemble des enfants et des adolescents, à des activités diversifiées et de qualité. La participation à de telles activités, en favorisant la découverte de nouveaux intérêts et l'acquisition de nouvelles habiletés, est susceptible de contribuer non seulement au développement des compétences mais également à l'élaboration d'un concept de soi positif, ce qui peut s'avérer particulièrement important pour les enfants et les adolescents qui ont un faible rendement scolaire.

L'éducation à la santé offerte aux enfants, aux adolescents et à leurs parents

L'acquisition de saines habitudes de vie exige, entre autres éléments, que les enfants et les adolescents soient bien informés dans différents domaines. Le présent ouvrage a traité de l'activité physique et de l'alimentation; il existe toutefois d'autres thèmes sur lesquels les enfants et les adolescents ont besoin d'être informés, par exemple l'adoption de comportements sexuels responsables. Il importe que l'information transmise soit la plus exacte et à jour possible et qu'elle soit traduite dans des termes et un format adaptés aux différentes périodes de développement et aux caractéristiques des jeunes de différents âges. La documentation des thèmes traités dans le présent ouvrage permet de souligner l'importance de réaliser des activités de **promotion de l'activité physique auprès des enfants et des adolescents** en tenant compte du profil motivationnel de ces sous-groupes de population et d'offrir un **programme continu d'information en nutrition**. Par ailleurs, il semble

souhaitable que les parents reçoivent eux aussi l'information transmise à leur enfant de façon à être en mesure d'assurer la cohérence des renseignements transmis.

L'amélioration de l'environnement physique

L'éducation à la santé n'est qu'une des stratégies de promotion de la santé; elle risque de produire des résultats fort décevants, en ce qui concerne l'adoption de saines habitudes de vie par les jeunes, si elle ne s'insère pas dans des environnements qui véhiculent à leur tour des messages cohérents en fonction des contenus transmis, ou encore, qui facilitent l'actualisation de ces contenus. Tant l'adoption de saines habitudes de vie que le développement des compétences exigent que les enfants et les adolescents vivent dans des environnements favorables. Ainsi, l'amélioration de l'environnement physique peut se traduire par la **disponibilité d'espaces appropriés, d'installations et d'équipements qui favorisent la pratique régulière d'activités physiques**. Dans le domaine de l'alimentation, **un programme en alimentation dans les écoles** qui permet le contrôle de la qualité des menus offerts à la cafétéria et des produits disponibles dans les distributrices peut contribuer à l'alimentation équilibrée des enfants et des adolescents, tout en leur fournissant des suggestions de plats équilibrés et nourrissants.

La modification de l'environnement social

L'acquisition de compétences ne peut se limiter à divers programmes de formation par lesquels les jeunes font différents apprentissages; les enfants et les adolescents doivent aussi pouvoir évoluer dans un environnement humain qui leur apporte le soutien social dont ils ont besoin, et ce, tant de la part des pairs que des adultes qui les entourent. Ce soutien est essentiel au développement de leurs compétences en général, de la compétence sociale et du concept de soi. Les **interventions centrées sur l'environnement scolaire, le climat scolaire ou les pratiques pédagogiques** poursuivent l'objectif d'augmenter le soutien social offert aux enfants et aux adolescents ainsi que la qualité des échanges interpersonnels auxquels ils participent. Ces interventions visent notamment à améliorer le fonctionnement en classe, à encourager certaines pratiques pédagogiques, comme les activités coopératives et le tutorat par les pairs, ou à s'assurer que les élèves ont accès à un éventail de services appropriés relativement à l'encadrement scolaire et à l'orientation professionnelle. Certains de ces programmes ont été élaborés précisément pour augmenter le soutien des élèves au cours des périodes de transition importante, comme le passage du primaire au secondaire. Par ailleurs, certains projets favorisant la **collaboration entre l'école, la famille et la communauté** visent également à améliorer la qualité du soutien social des élèves, notamment en favorisant la participation des parents à la vie scolaire de leur enfant et en facilitant les échanges avec différents organismes de la communauté. Toutefois, d'autres évaluations devront confirmer l'effet positif de tels projets dans le contexte québécois.

Les conditions favorables à un programme cohérent d'interventions

Il semble possible d'intégrer les interventions axées sur la promotion qui visent à assurer la santé et le bien-être des enfants et des adolescents dans un programme cohérent destiné à la population générale des enfants et des adolescents. La qualité d'un tel programme exige toutefois le respect de certaines conditions.

Agir sur un ensemble de déterminants individuels et environnementaux

L'élaboration d'un programme cohérent d'interventions destiné à soutenir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents exige de considérer simultanément les personnes et leurs environnements. À la suite de l'examen des actions entre les déterminants, il ressort que les déterminants environnementaux influencent de façon marquée les déterminants individuels. Ainsi, les compétences et le concept de soi des enfants sont des facteurs individuels qui, pour se développer pleinement, ont besoin d'un environnement chaleureux, généreux et riche en soutien social ainsi qu'en stimulations de toutes sortes. Par ailleurs, les habitudes de vie, qui sont également des déterminants individuels, peuvent être influencées par des actions qui visent directement les enfants et les adolescents, comme l'éducation à la santé. Toutefois, les meilleures connaissances sur l'alimentation et l'activité physique, par exemple, ont peu de chances de se traduire en saines habitudes de vie si les menus offerts à la maison et à l'école sont déficients ou, encore, s'il n'existe pas des aménagements physiques et temporels qui invitent les jeunes à être actifs physiquement. De plus, les déterminants individuels de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents ont également d'importantes interactions les uns avec les autres. On connaît, en effet, l'interdépendance entre les différentes compétences personnelles et sociales, particulièrement dans un processus de développement aussi rapide que celui qui prévaut durant l'enfance et l'adolescence. On a déjà souligné, par ailleurs, les liens étroits qui unissent ces compétences à un concept de soi positif. Par conséquent, les interventions qui visent à augmenter les compétences personnelles et sociales ainsi qu'à susciter l'acquisition de saines habitudes de vie sont plus efficaces si elles conjuguent l'acquisition de connaissances et d'habiletés diverses à un environnement qui confirme les connaissances apprises et qui permet d'exercer les habiletés acquises.

Intégrer l'intervention à la vie quotidienne des enfants et des adolescents

Les interventions qui s'inscrivent dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents et qui mettent en action les personnes importantes à leurs yeux sont

plus susceptibles de susciter des comportements adéquats qui seront répétés dans ce même contexte. Il est en effet bien connu que les apprentissages réalisés dans des conditions artificielles sont plus difficilement généralisés dans la vie réelle. Par ailleurs, intervenir dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents constitue, en soi, une invitation à considérer simultanément les personnes et leurs environnements. Le fait d'enseigner aux enfants à résoudre des conflits interpersonnels dans la cour d'école, par exemple, conduit naturellement à examiner le déroulement des récréations et l'aménagement de la cour pour diminuer les possibilités de conflits entre les enfants. Par conséquent, les personnes qui entourent quotidiennement les enfants et les adolescents – c'est-à-dire les parents, les enseignants, les autres membres du personnel scolaire, les entraîneurs et les animateurs –, jouent un rôle important dans l'acquisition, par les jeunes, des compétences et de saines habitudes de vie; elles doivent en être conscientes et soutenues dans l'exercice de ce rôle.

Assurer la continuité des interventions aux différentes étapes du développement et se préoccuper des transitions

Le développement des compétences et l'acquisition de saines habitudes de vie s'inscrivent dans un processus continu, qui se prolonge tout au long de l'enfance et de l'adolescence. Le soutien efficace du développement des enfants et des adolescents ne saurait donc se limiter à des interventions brèves et ponctuelles, sans lien avec les particularités des différentes étapes du développement et sans égard aux exigences particulières que posent les périodes de transition. Il faut donc tenir compte, dans la planification des interventions, des caractéristiques particulières des étapes qui conduisent de l'enfance à l'adolescence et des périodes de transition qui représentent des moments de plus grande vulnérabilité pour les enfants et les adolescents. L'affranchissement graduel par rapport aux parents, l'importance grandissante des pairs, les modifications hormonales et physiologiques importantes à la puberté, le passage du primaire au secondaire et la quête d'identité plus aiguë au milieu de l'adolescence sont autant de transitions qui obligent les enfants et les adolescents à expérimenter de nouveaux moyens d'adaptation. Les interventions axées sur la promotion devraient permettre que les enfants et les adolescents disposent, au moment opportun, des connaissances voulues pour faire des choix éclairés, d'un soutien social suffisant de la part des adultes et des pairs, des compétences essentielles pour répondre aux nouvelles exigences associées à leur stade de développement et d'un contexte favorable à l'exercice de ces compétences.

Promouvoir la collaboration et la concertation intersectorielles

Les interventions destinées à influencer positivement les déterminants de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents relèvent de plusieurs secteurs.

Le secteur de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux sont considérés comme des partenaires de base dans l'offre des services essentiels aux jeunes. Toutefois, de nombreux autres secteurs sont concernés par la promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents, notamment pour la mise en place d'activités diversifiées, nécessaires à l'acquisition de différentes compétences. C'est le cas, entre autres organisations, des municipalités, des organismes de loisirs, des organismes communautaires et du secteur privé. Au niveau local, la collaboration entre ces divers secteurs d'intervention et les réseaux – celui de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation – est nécessaire à la réussite des interventions axées sur la promotion. Cette contribution peut se concrétiser, principalement, sous la forme d'un encadrement des activités des jeunes, d'un enseignement de diverses compétences, de la mise en place d'installations et d'équipements essentiels à l'accomplissement de certaines activités, ou encore de financement.

Cette collaboration n'est toutefois pas suffisante. Les personnes qui travaillent auprès des jeunes et les populations concernées par la question doivent également chercher à provoquer la concertation interministérielle et gouvernementale. Il faut pour cela organiser des mouvements de pression populaires et faire les manœuvres de couloir nécessaires afin que les différents secteurs de l'activité gouvernementale – revenu, emploi, économie, environnement, politiques sociales, par exemple – se concertent et harmonisent enfin leurs vues pour converger vers des objectifs de promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents. Il reste beaucoup à faire pour atteindre cet objectif.

Articuler les interventions axées sur la promotion, la prévention et les soins

Nous avons insisté, tout au long du présent volume, sur les interventions axées sur la promotion qu'il faudra mettre en place pour assurer la santé et le bien-être de la population générale des enfants et des adolescents. Il s'agit là d'une approche à privilégier pour que la majorité des enfants et des adolescents ait accès aux meilleures occasions de développement et d'adaptation. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que certaines interventions préventives doivent compléter la gamme des interventions offertes aux enfants et aux adolescents qui présentent des risques particuliers menaçant leur santé et leur bien-être; des interventions curatives doivent également être mises à la disposition des enfants et des adolescents qui présentent des problèmes de santé physique ou mentale, ou encore des problèmes d'adaptation sociale. Un programme complet devrait donc inclure un éventail d'interventions axées sur la promotion, la prévention et les soins, qui peuvent combler les besoins des enfants et des adolescents, peu importe les risques qui caractérisent ces jeunes et les problèmes de santé et de bien-être qui les affectent. Tout comme les interventions axées sur la promotion doivent faire l'objet d'une programmation d'ensemble, des liens sont à établir entre les différents types d'intervention offerts

aux enfants et aux adolescents. De tels liens devraient permettre que les enfants et les adolescents puissent accéder à des interventions du type curatif dès que les interventions axées sur la promotion et la prévention s'avèrent insuffisantes pour agir, dans la direction voulue, sur leur santé et leur bien-être.

* * *

Ce tour d'horizon de différents facteurs qui influencent la santé et le bien-être des enfants et des adolescents démontre la nécessité d'intervenir de façon soutenue et cohérente sur un ensemble de déterminants qui, loin d'être indépendants les uns des autres, sont en étroite interaction. On a suffisamment de connaissances, tant des déterminants que des interventions efficaces, pour avoir une influence sur la santé et le bien-être des jeunes ainsi que pour alimenter la programmation des interventions promotionnelles qui feront en sorte qu'un plus grand nombre d'enfants et d'adolescents jouiront d'un bon état de santé physique et mentale et réussiront à s'adapter socialement.

Nous croyons que les interventions considérées comme efficaces ou prometteuses, dans la documentation consultée, fournissent des éléments de base pour une programmation des interventions promotionnelles essentielles à mettre en place pour les jeunes de 6 à 17 ans. Toutefois, cette programmation ne saurait être optimale que si elle est complétée par des interventions qui visent l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être des jeunes, notamment les conditions socioéconomiques – qui constituent un puissant déterminant de la santé et du bien-être – et un ensemble de facteurs macrosystémiques qui n'ont pas été examinés dans le cadre du présent ouvrage. Cette programmation pourra par ailleurs s'enrichir au fur et à mesure que la recherche permettra de parfaire les connaissances, notamment en ce qui a trait tant aux processus selon lesquels les déterminants affectent divers aspects de la santé et du bien-être qu'à l'efficacité des interventions.

Enfin, il semble clair, au terme du présent ouvrage, que le double défi que pose la promotion de la santé et du bien-être des jeunes est celui de la collaboration entre les différents secteurs d'intervention sur le terrain et de la concertation intersectorielle au niveau des politiques gouvernementales. L'acquisition des compétences et des habitudes de vie qui contribuent à la santé et au bien-être des jeunes passe inévitablement par l'enrichissement des environnements humains et sociaux auxquels ils participent. Il appartient au secteur de la santé et des services sociaux de diffuser les connaissances relatives aux déterminants et de mettre en œuvre les actions intersectorielles qui soutiennent la santé physique, la santé mentale et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents.

Marthe Hamel
Luc Blanchet
Catherine Martin

Comment soulager les jeunes des maux qui les affligent?
Bien des gens tentent de trouver des solutions. Mais n'y a-t-il pas lieu également de se demander ce qu'on peut faire pour que les enfants et les adolescents se développent sainement et s'intègrent harmonieusement à la société?

L'intérêt du présent ouvrage réside dans le fait que chaque auteur a des compétences dans un champ d'action important pour le développement des jeunes de 6 à 17 ans. En travaillant de concert, ils ont apporté chacun leur éclairage respectif sur les principaux facteurs qui déterminent la santé et le bien-être des jeunes : la relation entre les parents et leurs enfants, les pratiques éducatives des parents, la compétence sociale, le soutien social, l'estime de soi, l'alimentation, l'activité physique et l'environnement scolaire. Les lecteurs pourront ainsi bénéficier des connaissances les plus récentes sur ces facteurs.

La conclusion de l'ouvrage? Nous avons bien des moyens à notre portée pour aider nos jeunes à se sentir sains, bien dans leur peau. Que les acteurs des divers secteurs concernés par la question harmonisent enfin leurs actions, pour plus d'efficacité... et oui, les enfants et les adolescents seront bien mieux!

Les travaux qui ont mené à la publication du présent ouvrage ont été coordonnés par un groupe de travail composé de Martha Hamel, Luc Blanchet et Catherine Martin. **Martha Hamel** est agente de recherche et de planification socioéconomique à la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle est l'auteure du chapitre sur la relation parents-enfants et les pratiques éducatives des parents, de celui sur l'estime de soi, de celui sur le soutien social, et co-auteure du chapitre sur la compétence sociale. **Luc Blanchet** est pédopsychiatre, médecin-conseil à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre et au ministère de la Santé et des Services sociaux et chef du Service enfance-famille du Département de psychiatrie de l'Hôpital Jean-Talon. Il est également président du Comité de la santé mentale du Québec. **Catherine Martin** est conseillère en planification à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, et responsable de la liaison avec le milieu scolaire. Elle est co-auteure du chapitre sur la compétence sociale.

Les auteurs qui ont travaillé gracieusement à l'ouvrage sont :
***Lise Bertrand**, responsable du développement de la sécurité alimentaire à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre. Elle a rédigé le chapitre sur l'alimentation;*
***François Bowen**, professeur au Département de psychopédagogie et d'andragogie de l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire. Il est l'auteur principal du chapitre sur la compétence sociale;*
***Nadia Desbiens**, professeure à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal et chercheure au Centre de recherche et d'intervention sur la réussite scolaire. Elle est la seconde auteure du chapitre sur la compétence sociale;*
***Raphaëlle Deslandes**, professeure et chercheure au Département des sciences de l'éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est l'auteure du chapitre sur l'environnement scolaire;*
***Guy Thibault**, physiologiste de l'exercice et conseiller en recherche au Secrétariat au loisir et au sport. Il a rédigé le chapitre sur l'activité physique.*

Santé et Services sociaux Québec

ISBN 2-551-19383-4
9782551193837
Imprimé au Québec, Canada
34,95 $